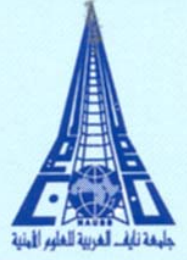


جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية



مركز
الدراسات
والبحوث

دور مؤسسات المجتمع المدني في خفض الطلب على المخدرات

اللواء د. محمد فتحي عيد

الرياض
١٤٣٠هـ - ٢٠٠٩م

(٢٠٠٩)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية - الرياض -

المملكة العربية السعودية. ص. ب. ٦٨٣٠ الرياض : ١٤٥٢

هاتف ٢٤٦٣٤٤٤ (١-٩٦٦) فاكس ٢٤٦٤٧١٣ (١-٩٦٦)

البريد الإلكتروني : Src@nauss.edu.sa

Copyright©(2008) Naif Arab University

for Security Sciences (NAUSS)

ISBN 7 - 17 - 8006 - 603 - 978

P.O.Box: 6830 Riyadh 11452 Tel. (966+1) 2463444 KSA

Fax (966 + 1) 2464713 E-mail Src@nauss.edu.sa.

(١٤٣٠هـ) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

عيد، محمد فتحي

دور مؤسسات المجتمع المدني في خفض الطلب على المخدرات - الرياض، ١٤٢٩هـ

٢٤٢ ص، ١٧ × ٢٤ سم

ردمك: ٧-١٧ - ٨٠٠٦ - ٦٠٣ - ٩٧٨

١- مكافحة المخدرات ٢- المخدرات أ- العنوان

١٤٣٠ / ١٤٥٠

ديوي ٣٦٢ / ٢٩٣

رقم الايداع: ١٤٥٠ / ١٤٣٠

ردمك: ٧-١٧ - ٨٠٠٦ - ٦٠٣ - ٩٧٨

حقوق الطبع محفوظة لـ
جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

كافة الأفكار الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي أصحابها،
ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر الجامعة

المحتويات

| | |
|--|----|
| التقديم | ٣ |
| المقدمة | ٥ |
| الفصل الأول : الوضع العالمي للتجار غير المشروع بالعقاقير | ١٧ |
| ١ . ١ المخدرات الرئيسة | ٢٠ |
| ١ . ٢ الأفيونيات | ٢١ |
| ١ . ٣ مجموعة الكوكايين | ٢٥ |
| ١ . ٤ مجموعة الحشيش | ٢٦ |
| ١ . ٥ مجموعة الأمفيتامينات | ٢٩ |
| ١ . ٦ الباربيتورات والعقاقير الأخرى | ٣١ |
| ١ . ٧ التعاون الدولي | ٣٣ |
| ١ . ٨ مستجدات التعاطي | ٣٥ |
| ١ . ٩ الجانب الاقتصادي لمشكلة المخدرات | ٣٨ |
| ١ . ١٠ الإحصاءات | ٤١ |
| الفصل الثاني : خفض الطلب على العقاقير المخدرة | ٥١ |
| ٢ . ١ التطور التاريخي لبرامج خفض الطلب | ٥٧ |
| ٢ . ٢ أنشطة خفض الطلب وشروط تنفيذها | ٧٨ |

| | | |
|-------|---|-----|
| ٢ . ٣ | معلان المباد لالتو [يهية لخفض الطلب والدليل الإرشادي لتنفيذه..... | ٨٤ |
| ٢ . ٤ | التقرير الخامس الأنا سنوي في مجا خفض الطلب..... | ٨٨ |
| ٩٧ | الفصل الثالث: المؤسسات المعنية بـ كفض الطلب..... | ٩٧ |
| ٣ . ١ | المؤسسات المعنية بـ خفض الطلب..... | ١٠٤ |
| ٣ . ٢ | مقومات التعاون..... | ١١٢ |
| ١١٩ | الفصل الرابع: مؤسسات المجتمع المدني المعنية بـ كفض الطلب..... | ١١٩ |
| ٤ . ١ | تعريف المجتمع المدني وسماته..... | ١٢٣ |
| ٤ . ٢ | الجمعيات التطوعية..... | ١٢٩ |
| ١٥٣ | الفصل الخامس: الدراسة الميدانية..... | ١٥٣ |
| ١٥٥ | ١ . المقابلات الشخصية..... | ١٥٥ |
| ١٨٣ | ٢ . البيانات التي [معت باستخدام الاستبانة..... | ١٨٣ |
| ٢١٩ | الخاتمة..... | ٢١٩ |
| ٢٢٥ | المراجع..... | ٢٢٥ |
| ٢٢٩ | الملحق: مستبانة [مع المعلومات..... | ٢٢٩ |

التقديم

في ظل الجهود الرسمية المبذولة في مجال الوقاية من الجريمة خاصة، برزت الحاجة الماسة إلى أهمية وضرورة مشاركة أفراد المجتمع فيها بوعي وفعالية، فكان شعار «الأمن مسؤولية الجميع» لترسيخ هذه المفاهيم وبنها في مجتمعنا للنهوض بمساندة مهام الدولة ومسؤولياتها، كما ظلت تلك المبادئ منطلقاً مهماً لهذه السياسة العلمية الأمنية التي تمضي حثيثاً عليها هذه الجامعة في برامجها ورسالتها.

وقد تنبعت بعض مؤسسات المجتمع المدني في الآونة الأخيرة مستشعرة مسؤولياتها للإسهام في معالجة كثير من القضايا الاجتماعية والتربوية فأصبح أثرها واضحاً في بعض هذه الميادين كتنظيم العلاقات والمهام الاجتماعية والمهنية والأمنية لدعم الشأن العام وتقديم المشاركة الإيجابية جنباً إلى جنب مع رجال الأمن.

ولما كانت قضية المخدرات عموماً من القضايا الأمنية البالغة الفداحة التعقيد محلياً وإقليمياً ودولياً في المجتمعات المعاصرة، فإن مشاركة المجتمع المدني فيها انطلاقاً من تلك الجهات والمبادئ الأخلاقية التي تقوم عليها مؤسسات المجتمع المدني، فإن تبني إستراتيجيات جديدة لمواجهة تعاطي المخدرات بين النشء والشباب اعتماداً على هذه الجهود الفاعلة المستنيرة والمتسقة مع الضغط المدني الاجتماعي المنشود ورفع وتيرة الوعي بأخطار المخدرات من الوجوه كافة تعد من الأولويات التي يعول عليها اليوم العمل العربي الأمني.

ويأتي نموذجاً لا غنى عنه دعم رجال الأعمال لهذه الميادين الأمنية - لمساعدة أسر المدمنين وتأهيل المتعاطين واحتوائهم وظيفياً واجتماعياً

وتفعيل أداء العمل الثقافي والوعي في المجتمع وغيرها - في مصاف هذه الشراكة الأساسية في المكافحة والوقاية .

وتعد الاستفادة عريياً من التجارب الرائدة ، والمهارات الناجحة ، في هذه المجالات خاصة في خفض الطلب على المخدرات واستقطاب الطاقات المتاحة والقدرات الذاتية المؤثرة مطلباً ملحاً يجدر بنا تطبيقه وإثراؤه بمبادئنا وتعاليمنا لخدمة رسالة الأمن في مجتمعاتنا .

والله من وراء القصد ، ، ،

رئيس

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

أ. د. عبد العزيز بن صقر الغامدي

المقدمة

كان أول صك عالمي يتناول دور مؤسسات المجتمع المدني في خفض الطلب على المخدرات هو المخطط الشامل المتعدد التخصصات للأنشطة المقبلة في ميدان مكافحة إساءة استعمال العقاقير الذي اعتمده المؤتمر الدولي المعني بإساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها (١٧-٢٦ يونيو ١٩٨٧، فيينا)، وترجع أهمية المؤتمر الذي اعتمده المخطط إلى ارتفاع مستوى التمثيل فيه ومشاركة ١٣٨ دولة وما يقارب ٢٠٠ منظمة دولية غير حكومية وطائفة كبيرة من المنظمات الدولية الحكومية والإقليمية من أجل استنباط إجراءات عالمية النطاق للتصدي لمشكلة المخدرات بجميع أشكالها على الأصعدة الوطنية والإقليمية والدولية.

أما المخطط الشامل فهو خلاصة وافية لتوصيات وضعها خبراء في معالجة بلاء إساءة استعمال المخدرات من جميع جوانبها كما أن الخبراء ينتمون إلى دول منتجة للمخدرات وأخرى مستهلكة ودول عبور لها، وتتضمن التوصيات إجراءات عملية من أجل الحكومات ومنظومة الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الحكومية والمنظمات الدولية غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني لكي تتضافر وتتعاون من أجل الحد من انتشار المخدرات.

وتناول المخطط الشامل دور مؤسسات المجتمع المدني في الفصل الأول الخاص بالوقاية من الطلب غير المشروع على المخدرات والمؤثرات العقلية والحد منه، حيث اعترف المخطط بأن الحركات الشعبية والمنظمات الطوعية في بعض مناطق العالم تلعب دوراً أساسياً في منع إساءة استعمال العقاقير وفي التربية والتوعية في هذا الشأن وبين الهدف الخامس من الفصل الأول

برامج الوقاية التي تضطلع بها الجماعات المدنية والبلدية وذات المصالح الخاصة وأجهزة إنفاذ القوانين، وأكد الهدف الخامس أنه ينبغي للوكالات الطوعية الوطنية والجماعات الدينية والأحزاب السياسية والمنظمات المدنية والروابط المهنية ورابطة أهالي الطلاب والمعلمين وسائر الجمعيات الطوعية للمجتمع المحلي أن تعد من الأمور الأساسية في عملها الترويج لمزايا أسلوب الحياة الخالي من العقاقير وتوعية الناس بأخطار إساءة استعمال العقاقير، كما طالب المخطط في الهدف نفسه، بعقد اجتماعات إقليمية دورية لمختلف الجماعات المدنية، بغية تبادل المعلومات عن الإجراءات التي حسنت الأنشطة الطوعية الرامية إلى خفض الطلب على المخدرات والمؤثرات العقلية (المخطط، ١٩٨٨م، ص ١-٩٦).

والجمعية العامة للأمم المتحدة أكدت في دورتها الحادية والخمسين دور مؤسسات المجتمع المدني في مواجهة مشكلة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية، وأصدرت قرارها رقم (A/RES/51/64) الذي يشير إلى أن برنامج العمل العالمي للشبان حتى سنة ٢٠٠٠م وما بعدها الذي اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٤ فبراير ١٩٩٥م يشدد على أهمية مشاركة المنظمات الشبابية والشباب في عملية صنع القرار وخاصة فيما يتعلق ببرامج تقليل الطلب على المخدرات غير المشروعة، كما طلب القرار من جميع الجهات الفاعلة في المجتمع المدني وخاصة المنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية والاتحادات الرياضية والقطاع الخاص أن تتعاون مع الدول وتساعد في جهودها الرامية إلى الترويج لبرنامج العمل العالمي الذي اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الخاصة السابعة عشرة (فبراير ١٩٩٠، نيويورك) والمعروف أن هذا البرنامج يتضمن خطوات عملية لخفض الطلب على المخدرات والتقليل من عرضها.

وصندوق الرياضة العالمي الذي كان تأسيسه في شهر مايو ٢٠٠٦ م ثمرة مبادرة مشتركة بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة واللجنة الأولمبية القطرية؛ بهدف تنشيط ودعم جهود المنظمات في العالم بأسره لتوظيف الرياضة كوسيلة للحماية من المخدرات والجريمة بين الشباب، هذا الصندوق يركز على تقوية الشراكات الرئيسة في المجتمعات بين المنظمات غير الحكومية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني المعنية بالشباب والرياضة في تنفيذ أنشطة تدعم توظيف الرياضة في مكافحة المخدرات (E/CN.7/2008/3-E/CN.15/2003.P.9)

وكانت الدورة الحادية والخمسون للجنة الأمم المتحدة للمخدرات (١٠ - ١٤ مارس ٢٠٠٨ م، فيينا) مناسبة لإعادة تأكيد دور المجتمع المدني في الوقاية من خطر المخدرات، فالوثيقة رقم (E/CN.7/2008/7) في شأن التصدي لتفشي الإيدز وسائر الأمراض المنقولة بالدم بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن تناول تقديم الدعم المادي والفني والمعلوماتي للفرق العاملة والتقنية المكونة من الجهات المانحة والجهات الحكومية الوطنية والمجتمع المدني والقطاع الخاص من أجل توفير خدمات وقاية وعلاج مرضى الإيدز ورعايتهم. كما قدم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة خبرة تقنية وتدريباً لبعض الجهات الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني؛ لمساعدتها على القيام بجمع بيانات وإجراء عمليات منتظمة لمراقبة ورصد وضع فيروس الإيدز بين متعاطي المخدرات بالحقن وفي السجون، وفي هذا السياق نفذ المكتب مع الشبكة المصرية للجمعيات الأهلية لمكافحة الإيدز وهي إحدى منظمات المجتمع المدني المصري مشروعاً إيضاحياً في الإسكندرية والمنوفية لخدمات التثقيف عن طريق الأقران والدعاة.

وتشير الوثيقة رقم (E/CN.7/2008/3) والوثيقة رقم (E/CN.15/2008/3) المقدمتان من المكتب للدورة الحادية والخمسين للجنة المخدرات إلى الدور الحاسم الذي تضطلع به المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني في الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاج مدمنيها وإعادة تأهيلهم، وقيام المكتب في إطار شراكة مع لجنة المخدرات التابعة للمنظمات غير الحكومية بفيينا بالقيام بسلسلة من المشاورات توجت بإذن الله بانعقاد المنتدى العالمي ما بعد ٢٠٠٨.

وجاء المنتدى بعد ثلاثة عشر اجتماعاً تشاورياً عقدت في مناطق العالم التسع وشارك فيها أكثر من ٥٠٠ منظمة غير حكومية من ١١٦ بلداً و ٦٥ منظمة غير حكومية دولية واعتمد المنتدى في ٩ يوليو سنة ٢٠٠٨م إعلاناً وثلاثة قرارات مصاحبة ستقدم إلى لجنة الأمم المتحدة للمخدرات في سياق قيامها بالتحضير للاجتماع الرفيع المستوى عام ٢٠٠٩م

واعترف الإعلان بالتاريخ العريق للجنة فيينا المعنية بالمخدرات التابعة للمنظمات غير الحكومية، وركز على الدور الرئيس للمنظمات غير الحكومية في تقديم خدمات مبتكرة إلى متعاطي المخدرات ومدمنيها ومن ثم فإن لها مكانة فريدة تتيح لها أن تتصل بالمتعاطين والمدمنين والأسرة والجماعات وأن يكون لها القدرة على تشجيع الدول الأعضاء ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وسائر المنظمات ذات الصلة بالتصدي لتعاطي المخدرات وعواقبها الصحية والاجتماعية الاقتصادية، كما يؤمن المشاركون في المنتدى بحق الشباب في المشاركة في صوغ جميع جوانب السياسة العامة بشأن المخدرات على الصعيد العالمي وفي تقويمها أيضاً وأعرب المشاركون في المنتدى عن اقتناعهم بأن عناصر القوة المجتمعة لدى الحكومات ولجنة المخدرات ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

ووكالات الأمم المتحدة الشريكة ذات الصلة والمنظمات غير الحكومية والفئات المتأثرة يجب تحديد حيويتها كلها لكي تتصدى في شراكة عالمية تكاملية عامة من أجل تحقيق تقدم ملموس في خفض الطلب على المخدرات والحد من عواقبها.

أما القرارات الثلاثة فأولها خاص بالمساهمات الهامة التي قدمتها المنظمات غير الحكومية منذ عام ١٩٩٨م حتى عام ٢٠٠٨م. والثاني خاص بتحسين آليات التعاون فيما بين المنظمات غير الحكومية والحكومات ووكالات الأمم المتحدة ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. والثالث خاص باعتماد مبادئ تستمد من الاتفاقيات تودع لدى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ولجنة المخدرات، للنظر فيها واتخاذها دليلاً يستهدى به في المستقبل حول السياسات العامة للمخدرات ويناشد القرار الثالث لجنة المخدرات والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات والمكتب المعني بالمخدرات والجريمة والدول الأعضاء والمنظمات غير الحكومية أن تجرى مراجعات منتظمة لأنشطتها ذات الصلة بالمخدرات، تتسم بالشفافية من حيث السياسات العامة والممارسات المتبعة، وذلك باستخدام المعلومات المستمدة من طائفة واسعة من المصادر المتنوعة، بما في ذلك الفئات السكانية المستهدفة، وأن تستحدث مبادئ توجيهية بشأن العلاج الناجح بالتشاور مع الهيئات المرجعية ذات الصلة، مثل منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الإيدز وفيروسه.

والذي يهمننا في هذه الدراسة هو القرار الثاني الذي يعترف بجهود الأمم المتحدة الرامية إلى تحسين فعاليتها من خلال تعزيز الحوار مع المنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني لذا فإن المشاركين في منتدى المنظمات غير

الحكومية الدولي ما بعد عام ٢٠٠٨م الذي عقد في فيينا المقر الأوروبي الأحدث لهيئة الأمم المتحدة يوصون بما يلي :

١- المنظمات غير الحكومية

يحضون جميع المنظمات غير الحكومية على الالتقاء بروح من المسؤولية المشتركة والمساءلة والالتزام بالعمل معاً من أجل صالح الجميع ، وعلى الالتزام بشراكة منتجة فيما بينها ، ومع حكوماتها الوطنية ومع المؤسسات الدولية الرئيسة ، مثل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ، بغية الارتقاء بمستوى الاستفادة من الخبرات العملية والميدانية المستندة إلى الأدلة الإثباتية والمعلومات لأجل خفض استعمال المخدرات والحد من عواقبه الصحية والاجتماعية والاقتصادية .

٢ - لجنة المخدرات

أ- يناشد اللجنة أن تستعرض آليات التشاور التي وضعتها كيانات أخرى في الأمم المتحدة ، وأن تنشئ آليات لمشاركة المجتمع المدني ، الجارية منها والمتواترة على حد سواء بما في ذلك مشاركة الفئات السكانية المتأثرة والموصومة ، في إطار لجنة المخدرات ، بما يشمل المشاركة في جلسات النقاش العامة والمناقشات ، من أجل الحفز على إجراء نقاش متبصر وتقديم مقترحات بشأن العمل الجماعي .

ب- يناشد اللجنة أن تعطي تفويضاً بإجراء استعراض لمستوى المشاركة الذي تتيحه سائر هيئات الأمم المتحدة للمنظمات غير الحكومية وما تخصصه لها من نفقات ، وأن تدرس وتقر المقترحات المنبثقة من ذلك الاستعراض ، والتي يمكن أن تعزز مشاركة وإسهام المنظمات

غير الحكومية ، كما تعزز تطوير دور مكتب الشؤون المدنية التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة .

٣ - الدول الأعضاء

مناشدة الدول الأعضاء بما يلي :

أ- أن تنشئ وتدعم آليات شفافة ونظامية للمشاركة والتشاور على الصعيد الوطني ، بما في ذلك المنظمات غير الحكومية وأولئك الذين هم أكثر تأثراً باستعمال المخدرات وبالسياسات العامة بشأن المخدرات ، عند وضع السياسات العامة والإستراتيجيات والمبادئ التوجيهية للممارسة المتبعة في هذا المجال .

ب- أن تنفذ سياسات عامة وتشريعات وطنية تكون داعمة للقاءات المجتمع المدني ومناقشاته ، وأن تزيل الحواجز أمام إتاحة حرية التنظيم وحرية التعبير لأولئك الذين هم أكثر تأثراً باستعمال المخدرات وبالسياسات العامة بشأن المخدرات ، وأن تلتزم توفير كل مايفي بالغرض من وقت وأماكن وموارد لإجراء تلك المشاورات .

ج- أن تدعم المنظمات غير الحكومية وتلتزم مساهماتها على نحو نظامي أكثر منهجية من خلال إشراكها في المسائل المتعلقة بعمل لجنة المخدرات ، عند الاقتضاء .

د- أن تشجع وتدعم المجموعات والمبادرات الشبابية الهادفة إلى خفض استعمال المخدرات والحد من عواقبه الصحية والاجتماعية والاقتصادية والسلبية .

هـ- أن تنشئ المجموعات الإقليمية آليات تمويل دولية أو تستخدم ما هو موجود منها حالياً، كالصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، للحفز على القيام باستثمارات وافية بالغرض في الخدمات المستدامة الفعالة والقائمة على الأدلة الإثباتية من أجل استعمال المخدرات والحد من عواقبه الصحية والاجتماعية والاقتصادية .

٤ - مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

مناشدة المكتب بما يلي :

أ- أن ينفذ نصوص الجمعية العامة بروحها وأولوياتها فيما يخص مشاركة المنظمات غير الحكومية .

ب- أن يعمل ضمن الإطار الذي يوفره برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الإيدز وفيروسه ، وبما يتسق مع الإعلانات السياسية العالمية، بالتعاون في العمل مع الجهات المشاركة في رعاية البرنامج ، على تطوير وتعزيز مشاركة المجتمع المدني ، بما في ذلك مشاركة الفئات السكانية المتأثرة والموصومة ، من أجل مواكبة المشاركة المماثلة في سائر وكالات الأمم المتحدة وبرامجها .

ج- أن يستكشف الوسائل اللازمة لإنشاء جهات اتصال وطنية للمنظمات غير الحكومية لتعزيز الاتصالات في الاتجاهين ، مستعينا بنموذج البنى التنظيمية التي أنشأها برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الإيدز وفيروسه .

د- أن يشجع عقد مزيد من الاجتماعات الإقليمية للتشارك في أفضل الممارسات المتبعة .

هـ- أن يدعم الشبكات المواضيعية الخاصة بمسائل محددة تتعلق بالمخدرات ، بناء على العمل المضطلع به من قبل في مجالى الوقاية والعلاج ، سواء على الصعيد الإقليمي ، أو الأقليمي أو العالمي .
و- أن يضطلع بدور أكثر فاعلية في الترويج لحزمة شاملة من أنشطة التدخل من أجل التصدي لانتشار العدوى بالأمراض المنقولة بالدم .

٥ - الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

مناشدة الهيئة بما يلي :

أ- أن توسع نطاق جهات الإبلاغ الرئيسية التي تستعين بها في تحليلها للبيانات من خلال إدخال المنظمات غير الحكومية والمجموعات المتأثرة ضمن تلك العملية على نحو نظامي .

ب- أن تواصل الالتقاء بممثلي المجتمع المدني ، بما في ذلك الفئات السكانية المتأثرة والموصومة ، عند إجراء تقييمات داخل البلدان من أجل الاستفادة من إسهامها وإدماج منظوراتها ، حسبما هو متوخى في المادة ١٤ من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات .

ج- أن تضع آلية تتيح للمنظمات غير الحكومية أن تلتمس إيضاحاً لنصوص البيانات التي ترد في تقرير الهيئة السنوي .

د- أن تنشر تقارير عن المناقشات الموضوعية والنتائج المنبثقة عن اجتماعاتها بالحكومات والمنظمات غير الحكومية .

هـ- الدعوة إلى رصد العلاقة بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ولجنة المخدرات والمنظمات غير الحكومية وتقييمها بالنسبة

إلى النتائج المحرزة كل سنتين وذلك من جانب كل طرف ومن خلال فريق مشترك للرصد والتشاور والتخطيط، بمشاركة فعالة من جانب المنظمات غير الحكومية، وينبغي أن يكون ذلك التقييم قائماً على النتائج وأن تبلغ به لجنة المخدرات وكذلك مجلس تنسيق برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الإيدز وفيروسه، من أجل اتخاذ المزيد من إجراءات العمل. (A)56065 - 08 - V).

ومسايرة للمجتمع الدولي في اهتمامه بالدور الذي تقوم به مؤسسات المجتمع المدني وخاصة الجمعيات التطوعية (الجمعيات الأهلية أو المؤسسات غير الحكومية) في مجال خفض الطلب على المخدرات واستشعاراً من رؤساء أجهزة مكافحة المخدرات العرب بتميز هذا الدور أوصى المؤتمر العربي الحادي والعشرون لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات الذي عقد في تونس في أواخر شهر يونيو ٢٠٠٧ م، أوصى بالتوصية السادسة بأن تقوم جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الجهاز العلمي لمجلس وزراء الداخلية العرب بإعداد دراسة عن دور الهيئات والجمعيات التطوعية ومؤسسات المجتمع المدني في مجالات التوعية والوقاية من المخدرات وتأهيلهم ورعايتهم رعاية لاحقة وسبل دعمها وتفعيلها، وتنفيذاً لهذه التوصية طلبت الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب (الجهاز التنفيذي) من الجامعة إعداد الدراسة وأشارت الأمانة في رسالتها رقم ٩١٣ المؤرخة ١٤٢٨/٦/١٩ هـ الموافق ٤/٧/٢٠٠٧ م إلى أنها أدرجت بنداً بعنوان هذه الدراسة في جدول أعمال المؤتمر العربي الثاني والعشرين الذي تقرر عقده في النصف الأول من شهر يوليو ٢٠٠٨ م، وطلبت الأمانة من الجامعة

إعداد الدراسة وموافاة الأمانة بها قبل ٣٠ / ٤ / ٢٠٠٨ م، ليتسنى تضمينها وثائق المؤتمر وقد تم ذلك فعلاً وعرضت الدراسة في موعدها ولاقت قبولاً واستحساناً .

وبناء على توجيهات معالي الأستاذ الدكتور رئيس الجامعة قمت بتصميم استبانة وإرسالها إلى رؤساء شعب اتصال مجلس وزراء الداخلية العرب لتوزيعها على اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدارة العامة لمكافحة المخدرات والإدارة العامة للصحة النفسية والجمعيات التطوعية التي تقوم بدور رئيس في مجال خفض الطلب على المخدرات، كما أرسلت الاستبانة إلى رئيس الاتحاد العربي للجمعيات الأهلية لتوزيعها على الجمعيات الأهلية العربية، وقد خاطبنا مجلس وزراء الصحة العرب ومجلس وزراء الإعلام العرب لموافاتنا بالدراسات والمعلومات المتوفرة لديهما عن موضوع الدراسة، وإضافة لذلك قمت باجراء مقابلات شخصية مع رئيس أقدم جهاز لمكافحة المخدرات في العالم، وعضو مجلس إدارة أقدم جمعية تطوعية في العالم العربي معنية بخفض الطلب على المخدرات، والمدير التنفيذي لأقدم منظمة دولية غير حكومية في العالم معنية بخفض الطلب على المخدرات. ويتطلب موضوع الدراسة تناوله في الفصول التالية:

الفصل الأول: الوضع العالمي للتجار غير المشروع بالعقاقير المخدرة.

الفصل الثاني: خفض الطلب على العقاقير المخدرة.

الفصل الثالث: المؤسسات المعنية بخفض الطلب.

الفصل الرابع: مؤسسات المجتمع المدني المعنية بخفض الطلب.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

وأخيراً الخاتمة والتوصيات

الفصل الأول
الوضع العالمي للاتجار غير المشروع بالعقاقير

١ . الوضع العالمي للاتجار غير المشروع بالعقاقير

تمهيد

الوضع العالمي للاتجار غير المشروع بالعقاقير هو الوجه الآخر للوضع العالمي لإساءة استخدام العقاقير ، فلا يوجد طلب دون عرض ولا عرض دون طلب ، فالإنسان قد عرف نباتات القنب والخشخاش والكوكا والقات و صبار البيوتل منذ عصور غائرة في القدم ، واستخدمها في بادئ الأمر استخداما نافعا ، استخدم نبات القنب كمصدر للألياف قبل أن يتعلم الكتابة بوقت طويل ، وعرف الخواص الغذائية لبذور الخشخاش فجعلها ضمن غذائه وفي مرحلة تالية استخدم هذه النباتات في الطقوس الدينية ، ثم في السحر ثم في رؤيا تمكن من الرجم بالغيب ، ثم انتقل الإنسان إلى مرحلة ثالثة عندما استخدم هذه النباتات كدواء ومنوم ومخفف للآلام ، كما استخدم بعضها في تنظيف العيون وفي إحداث الموت السريع الذي لا يصحبه ألم . (عيد ١٩٨٨ ، ج ١ ص ص ١٩ - ٢٠٥) .

وعندما فتنت الدنيا الإنسان وجد في هذه النباتات ومنتجاتها وسيلة للعب من ملذات الحياة ، وعندما أدارت له الدنيا ظهرها وجد فيها وسيلة للهرب من الهموم والشقاء إلى أن اكتشف أن السعادة التي يتيحها المخدر كانت وهمية وأن النشوة كانت صورية فأعمل فكره في كيفية الفكك منها .

وفي القرنين التاسع عشر والعشرين أفضى تطور العلوم وخاصة الكيمياء وعلم الأدوية وتقدم التكنولوجيا الصناعية التحويلية إلى اكتشاف وتسويق المئات من العقاقير الجديدة المؤثرة في العقل التي أسهمت في علاج الملايين من المرضى من مجموعات الأمفيتامينات والباربيتورات وعقاقير

الهلوسة مثل الكوكايين الاصطناعي (الأيس أو الشابو الذي ينتمي إلى الميثامفيتامين) وعقار النشوة (الاكستازي) والهيرويين الاصطناعي (الفيتانيل)، بالإضافة إلى بعض العقاقير ذات الأصل النباتي مثل الهيرويين والكوكايين. وتحولت أكثر هذه العقاقير من الاستخدام الطبي إلى الاستخدام غير المشروع.

واستمرت رحلة الإنسان مع المخدر بخيره وشره عبر العصور إلى أن أخذت أبعاداً مأساوية بعد منتصف القرن العشرين وفي بداية الألفية الثالثة كانت أكثر من مأساة، حيث النفع قليل والضرر جسيم والشر مستطير. والتقارير السنوية عن الوضع العالمي للمخدرات التي يصدرها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وآخرها التقرير الصادر ٢٠٠٨م عن الوضع عام ٢٠٠٥، ٢٠٠٦م خير شاهد على ذلك، وقد خرجنا من دراسة هذه التقارير والوثائق المقدمة من المكتب أيضاً إلى الدورة الحادية والخمسين للجنة المخدرات بما يلي:

١ . ١ المخدرات الرئيسة

المخدرات الرئيسة التي يساء استعمالها في السوق العالمية هي: الأفيونيات والكوكايين والحشيش والأمفيتامينات وهذه المخدرات يبدو وضعها مستقراً إلى حد كبير في سنوات الألفية الثالثة وإن كان الحشيش ينتشر بسرعة لبعض الوقت ولكنه يعود إلى الاستقرار أغلب الأوقات.

ولكن ذلك لا يعني أن العالم لا يعاني مشكلة إساءة استعمال الباربيتورات وعقاقير الهلوسة. فالباربيتورات كانت ضمن المخدرات الرئيسة في حقبة الثمانينيات وبعض سنوات التسعينيات ولكنها لم تعد

مخدراً رئيساً في الألفية الثالثة، لأن المدمنين في حاجة أكثر إلى التنشيط، أما عقاقير الهلوسة فظلت على حالها باعتبارها مخدر القلة الذين ينتمون إلى الطبقات العليا أو الفنانين أو الشباب الذين يتعدون عنها عندما يدخلون مرحلة الرجولة والنضج.

١ . ٢ الأفيونيات

أكبر مساحة مزروعة بالخشخاش على مستوى العالم كانت ٢٧٢ ألف هكتار عام ١٩٩٤ م وانخفضت المساحة في السنوات التالية حتى أصبحت عام ٢٠٠٠ م ٢٢٢ ألف هكتار تقريباً، وفي السنوات العشر ١٩٩٨-٢٠٠٧ م حدث انخفاض أيضاً في المساحة المزروعة بالخشخاش، حيث انخفضت من ٢٣٨ ألف هكتار عام ١٩٩٨ م وأصبحت ٢٣٥ ألف هكتار بنقص قدره ٢٪ وكان النقص واضحاً في منطقة المثلث الذهبي (تايلاند-بورما أو ميانمار -لاوس)، حيث انخفضت المساحة من ١٥٨ ألف هكتار تقريباً عام ١٩٩٨ م إلى ٤, ٢٩ ألف هكتار عام ٢٠٠٧ م بنسبة نقص قدرها ٨١٪. أما أفغانستان فقد زادت المساحة المزروعة بالخشخاش فيها عام ٢٠٠٧ م بنسبة ١٧٪ عن المساحة المزروعة عام ١٩٩٨ (E/CNM/2008/2) وأعلن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة عام ٢٠٠٨ م أن أفغانستان تنتج ٩٣٪ من أفيون العالم كله وأنه بالرغم من زيادة حجم المنتج من الأفيون عام ٢٠٠٧ م عن الأعوام السابقة بنسبة ٤٩٪ وثبات حجم الطلب عليه إلا أن السعر لم ينخفض إلا بنسبة ١٧٪ ويعزى المكتب زيادة المساحات المزروعة في أفغانستان إلى العصابات الإجرامية المنظمة التي تشجع الأهالي على الزراعة وتقدم لهم الحماية وترهبهم إذا لزم الأمر.

والنقص في المساحات المزروعة بالخشخاش على مستوى العالم لم يترجم إلى نقص في الإنتاج لوجود عوامل أخرى أسهمت في زيادة إنتاج الهكتار الواحد من الأفيون مثل استخدام التقنية الحديثة في الزراعة وإبادة الآفات بالإضافة إلى توافر المناخ الصالح للزراعة وانتشار الفساد .

وبينت الوثيقة (E/CN.7/2009/4) المقدمة من الأمانة العامة للأمم المتحدة -المجلس الاقتصادي والاجتماعي إلى الدورة الثانية والخمسين للجنة المخدرات (١١ - ٢٠ مارس ٢٠٠٩م) فيينا - النمسا بعض التغيرات التي طرأت على وضع الأفيونات خلال عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨م فمازال النمو كبيراً في إنتاج المواد الأفيونية في الفترة من ٢٠٠١-٢٠٠٧م والسبب الأساسي في ذلك مازال أفغانستان والتقديرات الأولية وإن كانت تشير إلى أن المساحة المزروعة بالخشخاش تراجعت إلى حوالي ٢٠٠ ألف هكتار إلا أن المحصول لم ينخفض كثيراً عن عام ٢٠٠٧م، حيث بلغ عام ٢٠٠٨م حوالي ٨٣٠٠ طن أفيون بما يمثل انخفاضاً لا يزيد على ٦٪ ومازال يفوق بكثير الإنتاج العالمي غير المشروع من الأفيون في عامي ٢٠٠٥-٢٠٠٦م .

وبالرغم من تراجع المساحة المزروعة بالخشخاش في أفغانستان من ١٩٣ ألف هكتار عام ٢٠٠٧م إلى ١٥٧ ألف هكتار عام ٢٠٠٨م إلا أن إنتاج الأفيونات في أفغانستان مازال يمثل ٩٢٪ من الإنتاج العالمي بعد أن كان ٤٠٪ في بداية عقد التسعينيات ، ومرد الانخفاض في مساحة الزراعات إلى الأحوال الجوية غير المواتية مثل الجفاف الشديد وجهود مكافحة الناجحة في المقاطعات الشمالية والجنوبية ، بينما يرجع عدم تراجع إنتاج الأفيون إلى استخدام التقنيات الحديثة في الزراعة والري والتسميد ومكافحة الآفات والتحول في الزراعة من الأراضي التي تغذيها مياه الأمطار إلى أراض تغذيها مياه الري الوفيرة ، وتأتي بعد أفغانستان ميانمار التي تراجعت فيها المساحات

المزروعة بالخشخاش، ومستويات زراعة الخشخاش في القارة الأمريكية (أكبر رقعة زراعية في كولومبيا والمكسيك) تعد منخفضة بالمقارنة بمستوياتها في جنوب غرب آسيا وجنوب شرقها.

ونظراً لزيادة حجم المنتج من الأفيون الأفغاني بنسبة ٥٠٪ في عام ٢٠٠٦م فقد زاد المنتج من الهيرويين من ٥٧٦ طناً عام ١٩٩٩م إلى ٦٠٦ أطنان عام ٢٠٠٦م، ويهرب الهيرويين الأفغاني إلى الدول المجاورة وأوروبا والشرق الأوسط والأدنى وإفريقيا، ويهرب هيرويين جنوب شرق آسيا بما فيه هيرويين المثلث الذهبي إلى الصين والدول الآسيوية المجاورة، أما هيرويين أمريكا اللاتينية فيهرب إلى أمريكا الشمالية.

ومن المستجدات أن الهيرويين الأفغاني بدأ يعرف طريقه إلى أمريكا الشمالية عبر شرق أو جنوب إفريقيا أو عبر أوروبا. وتعاني دول آسيا الوسطى وإيران وباكستان وروسيا والهند وأجزاء من إفريقيا زيادة حجم تعاطي الهيرويين الأفغاني.

ويستخدم العراق كمنطقة عبور لتهرب الهيرويين الأفغاني عبر إيران إلى المملكة العربية السعودية وبلدان أخرى من منطقة الخليج، وتشير معلومات أجهزة الأمم المتحدة إلى زراعة الخشخاش في العراق وتزايد تعاطي المخدرات بشكل مفرط وخاصة بين أبناء الأسر المسورة نسبياً (تقرير الهيئة ٢٠٠٨م ص ٢٥). كما أشارت وكالات الأنباء إلى ظهور زراعات الخشخاش في الجزائر في أول إبريل ٢٠٠٨م (موقع مغربية على الإنترنت).

ويشير تقرير عام ٢٠٠٨م (world drug report 2008) الصادر من مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة إلى زيادة زراعات الخشخاش بنحو ١٧٪ نتيجة للزيادة الملحوظة في أفغانستان (٩٣٪) وتركز الزراعات

بجنوب البلاد وخاصة مقاطعة هيلمند (٥٣٪ من الزراعات) كما تنتشر الزراعات في باكستان على الحدود الأفغانية بينما تتركز مناطق الزراعة في الأمريكتين في المكسيك وكولومبيا، والزراعات منخفضة نسبياً في روسيا وأوكرانيا ومنطقة القوقاز ودول البلقان.

وأكثر الدول ضبطاً للأفيونيات عام ٢٠٠٥م هي إيران (٢٩٪) يليها باكستان (٢٠٪) وأفغانستان (١٥٪) ويأتي بعد ذلك حسب الترتيب التنازلي الصين، تركيا، الاتحاد الروسي، طاجيكستان، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة، إيطاليا، أما أكثر الدول ضبطاً للهيروين عام ٢٠٠٥م حسب الترتيب التنازلي فهي باكستان، إيران، الصين، أفغانستان، تركيا، والاتحاد الروسي. وفيما بين عامي ١٩٩٦-٢٠٠٧م استأثرت جمهورية إيران الإسلامية بأكثر من ثلثي مضبوطات الأفيون العالمية السنوية وارتفعت المضبوطات في إيران من ٧٣ طناً في عام ٢٠٠٢م إلى ٤٢٧ طناً عام ٢٠٠٨م.

وقد ارتفع معدل ضبط أجهزة مكافحة المخدرات من الهيروين إلى ٢٦٪ من الإنتاج العالمي للهيروين، والهيروين هو المخدر الرئيسي في أوروبا وآسيا.

وارتفع مقدار الهيروين المضبوط عالمياً من ٥٦,٧ طناً في عام ٢٠٠٦م إلى ٦٣,٢ طناً في عام ٢٠٠٧م وهو رقم تقريبي وإن كان الإجمالي النهائي لعام ٢٠٠٧م قد يغدو أعلى، وحدثت زيادة كبيرة في مضبوطات الهيروين في مناطق الشرق الأوسط والأدنى وجنوب شرق أوروبا وأوروبا الشرقية وأمريكا الشمالية.

١ . ٣ مجموعة الكوكايين

معظم الكوكايين المنتشر في العالم يأتي من زراعات نبتة الكوكا في كولومبيا وبيرو وبوليفيا، والمساحات المزروعة انخفضت بين عام ٢٠٠٠م، ٢٠٠٦م بنسبة ٢٩٪ لتصبح ١٥٧ ألف هكتار وأكبر نسبة تقليص للزراعات حدثت في كولومبيا والنجاح في استئصال زراعات الكوكا لم يؤد إلى انخفاض في إنتاج الكوكايين بفضل استخدام التقنية الحديثة في الزراعة والتسميد والري والحصاد ومقاومة الآفات وفي الإنتاج وقد ارتفع إنتاج الكوكايين حتى وصل عام ٢٠٠٦م إلى ٩٨٤ طناً. والتقارير تشير إلى أن ٥٨٪ من ضبطيات الكوكايين تمت في أمريكا الشمالية و ١٤٪ من الضبوطيات تمت في وسط أوروبا وشرقها وأن أكبر كمية كوكايين ضبطت كانت عام ٢٠٠٥م في كولومبيا ويأتي بعد ذلك الولايات المتحدة الأمريكية وفنزويلا وإسبانيا والإكوادور والمكسيك. ويهرب الكوكايين إلى أوروبا عبر الكاريبي ولكن استخدام قارة إفريقيا كمنطقة عبور إلى أوروبا في تزايد مستمر وقد تزايد حجم المضبوطات من الكوكايين ٦ مرات في إفريقيا، ٤ مرات في غرب ووسط أمريكا. . . وأكبر كميات ضبطت في أوروبا كانت في إسبانيا والبرتغال وهولندا كما أن أسواق الكوكايين اتسعت في دول غرب إفريقيا والكوكايين هو العقار الرئيسي في أمريكا اللاتينية وبلغت نسبة المضبوطات من الكوكايين في عامي ٢٠٠٥م، ٢٠٠٦م نحو ٤٢٪ من الإنتاج العالمي. ومنذ عام ٢٠٠٢م حتى عام ٢٠٠٧م كانت أكبر مضبوطات سنوية في كولومبيا، حيث تستأثر بحوالي ٣٠٪ من مضبوطات العالم، يليها الولايات المتحدة الأمريكية (٢٤٪ من المضبوطات العالمية).

ويشير التقرير العالمي لعام ٢٠٠٦م-٢٠٠٧م الصادر عام ٢٠٠٨م إلى زيادة حجم الإنتاج العالمي للكوكايين خلال عام ٢٠٠٧م إلى نحو ٩٩٤ طنا موزعة على النحو التالي (٦٠٠ طن بكولومبيا، ٢٩٠ طنا بيرو و ١٠٤ أطنان ببوليفيا) كما يشير إلى زيادة المساحات المزروعة بالكوكا خلال عام ٢٠٠٧ (٥, ٥٤٪ كولومبيا، ٦, ٢٩٪ بيرو و ٩, ١٥٪ بوليفيا) وزادت أعداد معامل إنتاج الكوكايين في أمريكا الجنوبية، حيث تم تفكيك ٦٣٩٠ معملاً و ٩٠٪ من هذه المعامل في كولومبيا وبيرو وبوليفيا.

وتشير الوثيقة رقم (E/CN.7/2009/4) إلى أن أنشطة زراعة شجيرة الكوكا وصنع الكوكايين مازالت مرتكزة في كولومبيا وبيرو وبوليفيا، وأنه في عام ٢٠٠٧م تم تدمير (٣١٧٣) مختبراً سريعاً لتجهيز الكوكا وحدثت زيادة حادة في بيرو، حيث ارتفع عدد المختبرات من ١١ عام ٢٠٠٦م إلى ٦٦٦ عام ٢٠٠٧م، كما ضبطت مختبرات في إسبانيا وتشيلي والولايات المتحدة والإكوادور والمكسيك وجنوب إفريقيا.

١ . ٤ مجموعة الحشيش

زراعات القنب تنمو في ١٧٢ دولة على الأقل وفي مساحات بسيطة في كثير من الدول، وبعض هذه الزراعات يقوم بها المدمنون أنفسهم والمغرب هي الدولة الأكثر إنتاجاً لراتنج الحشيش في العالم، و ٧٠٪ من راتنج الحشيش الذي يتم تعاطيه في أوروبا مصدره المغرب وقد أسفرت الجهود التي تقوم بها حكومة المغرب بالتعاون مع بعض الدول والمنظمات الدولية عن انخفاض المساحة المزروعة بالمغرب من ١٣٤ ألف هكتار سنة ٢٠٠٣م إلى ٧٦, ٥ ألف هكتار عام ٢٠٠٦م وانخفضت من ثم كمية الراتنج المضبوطة

عام ٢٠٠٥ م، ليس ذلك فقط، بل إن المغرب تقوم بجهود مستمرة للقضاء على الفساد المتصل بالمخدرات فقد أدت التحقيقات التي تمت عقب القاء القبض على أحد أباطرة المخدرات عام ٢٠٠٦ م إلى إلقاء القبض على أكثر من عشرين من كبار المسؤولين الحكوميين والقضائيين والعسكريين والعاملين في إنفاذ القانون لتقاضيتهم رشاوى في مقابل تسهيل النشاط الإجرامي لإمبراطور المخدرات وعصابته (تقرير الهيئة، ٢٠٠٨ م، ص ٦٩).

ويشير تقرير عامي ٢٠٠٦ - ٢٠٠٧ م الصادر عام ٢٠٠٨ م إلى احتلال أفغانستان وباكستان المرتبة الثانية بعد المغرب (المغرب ٩، ٢٦٪، أفغانستان وباكستان ٩٪، نيبال والهند ٥، ٨٪، آسيا الوسطى ٦٪، ١، ٥٪ هولندا).

والتطور اللافت للنظر حسب الوثيقة رقم (E/CN.7/2009/4) أن إجمالي المساحات المزروعة بالقنب في أفغانستان عام ٢٠٠٧ م بلغ ٧٠ ألف هكتار وهي مساحة تقترب من مساحة القنب في المغرب، وإن كان هذا الرقم يعادل ٣٦٪ من المساحة المزروعة بالخشخاش في أفغانستان.

ويشير التقرير إلى انخفاض المساحات المزروعة بالراتنج بنحو ١٠٪ خلال عام ٢٠٠٦ م مقارنة بعام ٢٠٠٥ م. وتشير الوثيقة رقم (E/CN.7/2009/4) إلى أن المغرب مازالت أكبر منتج للقنب عام ٢٠٠٧ م تليها أفغانستان.

وفي عام ٢٠٠٧ م تم الكشف عن طريق لتهرب راتنج المغرب عبر موريتانيا ومالي والنيجر وتشاد إلى مصر أو السودان وضبط ما مجموعه ٧، ٥ أطنان من الراتنج في النيجر في الفترة من ٢٠٠٦ - ٢٠٠٧ م.

وإنتاج راتنج الحشيش كان ملحوظاً في دول شمال إفريقيا وخاصة المغرب ودول جنوب غرب آسيا وخاصة أفغانستان وباكستان ودول الشرق

الأوسط وأكثر الدول ضبطاً للراتنج هي: إسبانيا، باكستان، المغرب، فرنسا، إيران، المملكة المتحدة، أفغانستان، البرتغال، إيطاليا، الأردن، المملكة العربية السعودية، وجاءت الدول العربية التالية في المراكز التالية بين ثلاثين دولة هي الأكثر ضبطاً للراتنج: ليبيا (١٤)، لبنان (١٨)، الجزائر (٢٢٥)، السودان (٢٦)، مصر (٢٧).

وتشير الوثيقة رقم (E/CN.7/2009/4) إلى أنه منذ عام ١٩٩٦م حتى عام ٢٠٠٧م استأثرت منطقة أوروبا الغربية والوسطى بأكثر من نصف المضبوطات العالمية من الراتنج وتأتي إسبانيا في المقدمة، حيث ضبط بها عام ٢٠٠٧م (٦٥٤ طناً) وفي منطقة الشرق الأوسط والأدنى تأتي باكستان في المقدمة حيث ضبط بها عام ٢٠٠٧م (١١٠) أطنان، وفي شمال إفريقيا يأتي المغرب في المقدمة، حيث ضبط بها عام ٢٠٠٧م (١١٨ طناً)، وفي آسيا الوسطى تأتي أوزبكستان في المقدمة، حيث ضبط بها عام ٢٠٠٧م (٥٣ طناً).

وإنتاج عشبة الحشيش مركز في أمريكا الشمالية حيث ضبط بها ٦٤٪ من إجمالي المضبوطات العالمية وخاصة في المكسيك والولايات المتحدة تليها إفريقيا، حيث ضبط بها ١٨٪ من إجمالي المضبوطات العالمية وخاصة في جنوب إفريقيا وتنزانيا عام ٢٠٠٥م، وعلى مدار الفترة من ٢٠٠١-٢٠٠٧م ظلت أمريكا الشمالية تستأثر كل عام (عدا عام ٢٠٠٤م)، بأكثر من نصف المضبوطات السنوية من عشبة القنب وتأتي المكسيك في المقدمة تليها الولايات المتحدة الأمريكية، أما في قارة إفريقيا فتأتي جنوب إفريقيا في المقدمة (E/CN.7/2009/4)، والحشيش هو المخدر الرئيس للتعاطي في إفريقيا.

ويشير التقرير العالمي لعامي ٢٠٠٦ - ٢٠٠٧ م الصادر عام ٢٠٠٨ م إلى انخفاض المساحات المزروعة بالقنب عام ٢٠٠٦ م، حيث أصبحت ٤١ ألف طن مقارنة بعام ٢٠٠٥ م (٤٢ ألف طن) وجاء معظم الإنتاج العالمي لنبته القنب من الأمريكتين (٥٥٪ من الإنتاج العالمي معظمه من دولة باراجواي، ٢٢٪ من قارة إفريقيا وخاصة جنوب إفريقيا).

المضبوطات العالمية للعشبة زادت زيادة ضخمة في الفترة من ٢٠٠٠ م إلى ٢٠٠٤ م ولكنها تراجعت عام ٢٠٠٥ م عن مستويات عام ٢٠٠٠ م. ثم عادت إلى الارتفاع عامي ٢٠٠٦ - ٢٠٠٧ م الوثيقة رقم (E/CN.7/2009/4) وأكثر الدول ضبطا للعشبة، هي: المكسيك، الولايات المتحدة الأمريكية، جنوب إفريقيا، البرازيل، تانزانيا، الهند، كولومبيا، نيجيريا، المغرب، مصر وقد انخفض عدد الدول التي أبلغت بزيادة حجم تعاطي الحشيش من ٥٨٪ عام ٢٠٠٠ م إلى ٤٥٪ عام ٢٠٠٥ م، بينما الدول التي أبلغت عن نقص حجم التعاطي لديها زاد عددها من ٧٪ عام ٢٠٠٠ م إلى ٢١٪ عام ٢٠٠٥ م. والقنب المزروع في الهواء الطلق ازدادت مساحته في ألبانيا، بينما زراعة القنب في الحيزات المغلقة يزيد في أوروبا وخاصة ألمانيا وهولندا وفي مناطق أخرى مثل الولايات المتحدة وكندا.

١. ٥ مجموعة الأمفيتامينات

مناطق الإنتاج الكبرى للميثامفيتامين استمرت في جنوب شرق آسيا (ميانمار، الصين، الفلبين)، وفي أمريكا الشمالية، حيث تهرب إليها السلائف المستخدمة في الصنع غير المشروع عبر كندا والمكسيك، وتزايد الإنتاج في جنوب إفريقيا وأوقيانيا وخاصة في أستراليا ونيوزلندا. واستمر إنتاج الأمفيتامينات في أوروبا وخاصة هولندا وبولندا ودول البلطيق

وبلجيكا، كما زاد زيادة ملحوظة في أمريكا الشمالية وخاصة الولايات المتحدة الأمريكية وفي جنوب شرق آسيا والملاحظ في عام ٢٠٠٥م زيادة إنتاج الأمفيتامينات ونقص في إنتاج الميثامفيتامينات، وقد استمر هذا الاتجاه عامي ٢٠٠٦-٢٠٠٧م، ومن المرجح حسب رأي المكتب المعني بالمخدرات والجرمية أن يفوق حجم المضبوطات من الأمفيتامينات عام ٢٠٠٧م مستوى الذروة التي وصل إليها عام ٢٠٠٥م.

وفي عام ٢٠٠٥م كانت مناطق إنتاج الأكستازي في هولندا، بلجيكا، ألمانيا، وكندا، بولندا، ليتوانيا، استونيا، المملكة المتحدة، بلغاريا، الصين وتشير الوثيقة رقم (E/CN.7/2009/4) إلى تراجع مضبوطات الأكستازي في أمريكا الشمالية عام ٢٠٠٧م وزيادة المضبوطات في شرق آسيا وجنوبها الشرقي، كما سجل تراجع فيأستراليا وإن كانت الشرطة الاتحادية في أستراليا أبلغت عن ضبط كمية من الأكستازي تجاوزت (٤) أطنان وهي كمية كبيرة بصورة غير معتادة. وكانت أكثر الدول ضبطاً للأمفيتامينات: الصين، الولايات المتحدة الأمريكية، المملكة العربية السعودية، تايوان، تايلاند، هولندا، مصر، بلغاريا، جنوب إفريقيا، بوركينافاسو، المكسيك، ألمانيا، الأردن.

وكانت أكثر الدول ضبطاً للأكستازي: أستراليا، الولايات المتحدة الأمريكية، هولندا، المملكة المتحدة، كندا، بلجيكا، الصين، تركيا، ألمانيا، وتأتي إسرائيل في آخر القائمة.

ويشير التقرير العالمي الصادر عام ٢٠٠٨م إلى أن القارة الأوروبية تأتي في المرتبة الأولى بالنسبة لإنتاج الأمفيتامينات، حيث تم تفكيك ٩١٨ معملاً بها عام ٢٠٠٦م، كما يشير إلى ارتفاع ضبطيات معامل الميثامفيتامينات بنسبة ٥٥٪ عام ٢٠٠٦م وضبطت هذه المعامل في المكسيك وكامبوديا والصين

وماليزيا وتايلاند والفيليبين ويبين التقرير أن تصنيع عقار الأوكستازي يتركز في أمريكا الشمالية وغرب أوروبا، أوقيانوسيا، كما يشير التقرير إلى أن جنوب إفريقيا والهند من أكبر الدول المصدرة للأفيدين .

وتهرب أقراص الكبتاجون (أكثرها مزيف يحتوي على الأمفيتامين أو الكافين بشكل رئيس بدلاً من الفينيتيلين) عبر لبنان إلى الإمارات العربية المتحدة والكويت والمملكة العربية السعودية من الأردن وتركيا والجمهورية العربية السورية، وكذلك من بلدان في أوروبا وأمريكا الجنوبية (تقرير الهيئة، ٢٠٠٨م، ١٢٥) والمعلومات الأكثر دقة تشير إلى أن المملكة العربية السعودية هي بلد الوجهة الرئيسة وأن لبنان والأردن وسوريا واليمن والإمارات هي دول عبور وأن المنتج الرئيس هو بلغاريا، كما ضببت وحدات للإنتاج غير المشروع في تركيا ولبنان. وتشير الوثيقة رقم (E/CN.7/2009/4) إلى أن مضبوطات الكبتاجون في المملكة العربية السعودية بلغت عام ٢٠٠٧م (٩, ١٣ طناً) وفقاً للبيانات الواردة في تقرير المنظمة العالمية للجمارك لعام ٢٠٠٧م الذي يشير إلى وصول الكبتاجون إلى المملكة من الجمهورية السورية عن طريق الأردن بالطريق البري وإن بعض الشحنات المضبوطة كانت أكبر من مليون قرص، الجدير بالذكر أن سوريا ليست دولة منتجة للكبتاجون ولكنها دولة عبور .

١ . ٦ الباربيتورات والعقاقير الأخرى

بالرغم من أن هذه العقاقير لم تعد مخدرات رئيسة ولكنها مازالت منتشرة ويمكن إيجاز اتجاهاتها فيما يلي :

١ - ازداد الاستهلاك العالمي للمسكنات (المهدئات) ذات الأصل

الكيميائي المستخدمة في علاج الألام الخفيفة والشديدة وخاصة في بلدان تقع في أوروبا وأمريكا الشمالية، حيث زاد الاستهلاك في هاتين المنطقتين بنسبة تقارب من ٩٦٪ من الاستهلاك العالمي للفتنائل (الهيريون الاصطناعي).

٢- إحباط محاولة لتهريب ٣ أطنان من مادة الفيونباربيتال من الصين إلى أفغانستان وذلك عام ٢٠٠٧ م.

٣- الحجم الهائل من المعاملات التي تقوم بها أفراد صيدليات الإنترنت أسهمت في تسريب كميات ضخمة من عقاقير الوصفات الطبية إلى بلدان في أمريكا الشمالية وأوروبا وجنوب آسيا وجنوب شرقها وغربها أيضاً، وخاصة من البنزوديازيبينات والسلائف التي تستخدم في صنع الأمفيتامينات وكذلك المواد الكيماوية التي تستخدم في صنع حمض غاما-هيدروكس الزيد وهي مادة تستخدم في تربية العضلات وقد ضبطت حائزاً لهذه المادة نجم سينمائي شهير في أحد مطارات أستراليا في أثناء تمثيله جزءاً أخيراً من سلسلة أفلام كان يقوم بها في أيام شباب ولي وذهب ولكنه مازال متمسكاً به.

٤- تسريب شحنات ضخمة من المخدرات والمؤثرات العقلية والسلائف والكيماويات المستخدمة في الصنع غير المشروع للعقاقير في أثناء نقلها بالبريد الدولي وخاصة الباربيتورات والديازيبينات التي تهرب بكثرة إلى أستراليا.

٥- أحبطت السلطات في الإمارات العربية المتحدة مخططاً لصنع الماندركس وتهريبه إلى دول المنطقة وقد ضبطت الشرطة في إمارتي دبي وأم القيوين مصنعين لتنصيع الماندركس وذلك عام ١٩٩٧ م.

٦- الميثاكوالون الذي يصنع في جنوب إفريقيا والهند والصين ويهرب لإساءة استعماله في بلاد في إفريقيا وآسيا وقد ضببت سلطات جنوب إفريقيا أكثر من طن من الميثاكوالون في شحنة مرسله بحراً من الصين عام ٢٠٠٦م ومازالت إساءة استعمال السيكونال (السيكونال) والميثاكوالون منتشرة في بلاد كثيرة .

٧- القات رغم أنه غير مدرج دولياً، فإن كثيراً من التشريعات العربية وقليل من التشريعات الغربية تجرم حيازته، وعادت احصائيات القات مرة أخرى إلى التقرير السنوي في شأن الوضع العالمي للتجار غير المشروع بالعقاقير الصادر عام ٢٠٠٧م بعد طول غياب، والقات ضبب في كثير من الدول العربية والغربية وخاصة الدول الاسكندنافية، ويهرب القات أساساً إلى الولايات المتحدة الأمريكية وكندا عبر المملكة المتحدة، وكانت أكبر كمية قات تضبب هي ٤٠ طناً في الولايات المتحدة الأمريكية يليها ألمانيا وكندا وتنازانيا، وإن كانت اليمن لا تجرم حيازة وإحراز زراعة القات إلا أن الاتجاه الغالب في اليمن يعد القات مادة ضارة بالصحة ومضیعة للوقت والجهد والمال؛ لذا منعت السلطات تعاطيه في أثناء فترة العمل ومنعت العسكريين من تعاطيه في أثناء ارتداء الملابس العسكرية .

١ . ٧ التعاون الدولي

أشارت التقارير السنوية للوضع العالمي للتجار غير المشروع بالعقاقير إلى ارتفاع مستوى التعاون الدولي بين أجهزة مكافحة المخدرات وخاصة في مجال التعاون البحري وفي مجال استخدام أسلوب التسليم المراقب، وعلى سبيل المثال أسفر التعاون بين أجهزة مكافحة المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية وكولومبيا والعديد من دول المرور في شهر يناير ٢٠٠٧م عن ضبط عصابة إجرامية منظمة عبر وطنية كانت مسؤولة عن تهريب كميات كبيرة من الهيرويين والكوكايين من كولومبيا إلى الولايات المتحدة الأمريكية عبر الأرجنتين والإكوادور والبرازيل وبنما والجمهورية الدومينيكية وكوستاريكا والمكسيك ونيكاراجوا.

كما نجحت الدول المشتركة في عملية توباز وبيربل التي اندمجتا معاً في مشروع التلاحم، ومشروع بريزم إلى الحد من تسرب السلائف والكيماويات المستخدمة في الصنع غير المشروع للهيرويين والكوكايين والمنشطات الأمفيتامينية وكذلك نجحت الدول المشتركة في عملية كريستال فلو التي دام تنفيذها ستة أشهر واستعملت في تعقب الأفيدين وشبه الأفيدين المشحونة إلى بلدان في إفريقيا والقارة الأمريكية غربي آسيا في إطار مشروع بريزم في الحد من تسريب الأفيدين وشبه الأفيدين، وقد أسفرت هذه العملية خلال الفترة من ٢٠٠٦-٢٠٠٧م عن ضبط ٧٥ طناً من الأفيدين وشبه الأفيدين وخاصة في جمهورية الكونغو الديمقراطية التي ضبط فيها ٢٣ طناً من شبه الأفيدين).

والجدير بالذكر أن أسعار تعاطي المخدرات تتزايد بسرعة في آسيا الوسطى ، وأن عصابات الإجرام المنظم تهرب ملايين الدولارات الآتية من الاتجار غير المشروع بالهيرويين الكولومبي في الولايات المتحدة الأمريكية، والاتجار غير المشروع في الكوكايين أصبح أقل تنظيماً وحنكة في الأمريكتين بينما تجارة الهيرويين في أفغانستان قد نمت بسرعة وأصبحت أكثر تنظيماً ووجدت طريقها إلى روسيا .

١ . ٨ مستجدات التعاطي

- ١- إدمان الحشيش الذي يحتاج إلى علاج مازال الأعلى في إفريقيا وازداد على المستوى العالمي .
- ٢- إدمان الأمفيتامينات الذي يحتاج إلى علاج مازال الأعلى في جنوب شرق آسيا ، وقارة أوقيانيا ، وأمريكا الشمالية .
- ٣- إدمان الأفيونيات الذي يحتاج إلى علاج مازال الأعلى في أوروبا وفي آسيا (فيها أكثر من ٧٠٪ من سكان العالم) وإدمان الأفيونيات في شرق أوروبا أكثر من غيرها .
- ٤- إدمان الهيرويين الذي يحتاج إلى علاج ارتفع من ٨٪ في أواخر التسعينيات إلى ١٥٪ عام ٢٠٠٥م ومعظم هذه الزيادة حدثت في دول شرق وجنوب إفريقيا .
- ٥- إدمان الكوكايين الذي يحتاج إلى علاج استمر الأكثر علواً في الأمريكتين وحدثت في أوروبا زيادة قوية حيث ارتفع الإدمان من ٣٪ في نهاية التسعينيات إلى ٨٪ عام ٢٠٠٥م .

٦- طبقاً للتقرير الصادر عام ٢٠٠٧م يبلغ إجمالي سكان العالم في الفترة من ٢٠٠٥م إلى ٢٠٠٦م ٦٤٧٥ مليون شخص منهم ٤١٧٧ مليون شخص تتراوح أعمارهم بين ١٥ سنة و ٦٤ سنة ومن هؤلاء الأشخاص ٢٠٠ مليون شخص متعاطون للمخدرات ومن بينهم ٢٥ مليون شخص يعانون إدمان العقاقير المخدرة. والتقرير الصادر عام ٢٠٠٨م يقدر عدد متعاطي المخدرات بحوالي ٢٠٨ ملايين شخص (التقرير، ٢٠٠٨، ص ٩).

عدد متعاطي العقاقير على مستوى العالم

| النسبة | العدد بالمليون | النسبة | العدد بالمليون | العدد بالمليون | العدد بالمليون | النوع |
|--------|----------------|--------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| %٣,٩ | ١٦٥,٦ | %٣,٨ | ١٥٨,٨ | ١٦٥,٩ | ١٥٥ | الحشيش |
| %٠,٦ | ٢٤,٧ | %٠,٦ | ٢٤,٩ | ٢٦,٢ | ٣٥ | الأمفيتامينات |
| %٠,٢ | ٩ | %٠,٢ | ٨,٦ | ٧,٩ | ٨ | الاكستازي |
| %٠,٤ | ١٦ | %٠,٣ | ١٤,٣ | ١٣,٧ | ١٣ | الكوكايين |
| %٠,٤ | *١٦,٥ | %٠,٤ | *١٥,٦ | *١٥,٩ | *١٤ | الأفيونيات |
| %٠,٤ | ١٢ | %٠,٣ | ١١,١ | ١٠,٦ | ٩ | الهيريون |

(* منهم متعاطي الهيريون)

من الجدول السابق يتضح أن الزيادة حدثت في عدد متعاطي الحشيش والأكستازي والكوكايين والأفيونيات والهرويين وأن النقص حدث في عدد متعاطي الأمفيتامينات .

١ . ٩ الجانب الاقتصادي لمشكلة المخدرات

قدر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة قيمة السوق العالمية لإساءة استخدام المخدرات عام ٢٠٠٣م على مستوى الإنتاج بحوالي ١٣ بليون دولار، وعلى مستوى تجارة الجملة بحوالي ٩٤ بليون دولار سنوياً، وعلى مستوى أسعار الشارع بحوالي ٣٢٢ بليون دولار، وتقدر تجارة عشبة الحشيش حسب سعر الشارع عام ٢٠٠٣م بحوالي ١١٣ بليون دولار أمريكياً وتجارة الكوكايين بحوالي ٧١ بليون دولار، وتجارة الأفيونيات بحوالي ٦٥ بليون دولار وراتنج الحشيش بحوالي ٢٩ بليون دولار، وتجارة الأمفيتامينات بحوالي ٤٤ مليون دولار، والمكتب مطمئن لتقديراته حول قيمة الأفيونيات والكوكايين والأمفيتامينات، ولكنه غير مقتنع بأسعار عشبة الحشيش إذ يعتقد أنها عالية وأنه مازال يحتاج إلى معلومات أكثر موضوعية لكي يضع تقديراً معقولاً لعائدات عشبة الحشيش على مستوى أسعار الشارع .

والواقع أن هذه التقديرات رغم أنها مبنية على أسعار المخدرات المقدمة من الدول إلا أنها مازالت بعيدة عن الواقع . وفي حاجة إلى مزيد من الدراسات ووضع أسس ومعايير لتقدير الأسعار تلتزم بها الدول، وإن كان يحسب للمكتب أن تقديراته ليست جزافية، فقد ظلت الأمم المتحدة تعلن حتى عام ١٩٩٥م أن الأرباح المتحصلة من الاتجار غير المشروع بالمخدرات بلغت ٣٠٠ مليار دولار وكان أول إعلان بذلك في المؤتمر الدولي المعني بإساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع الذي عقد في عام ١٩٨٧م،

وفي عام ١٩٩٠م ارتفع إلى ٥٠٠ مليار دولار واستمر هذا الرقم منذ أن أعلن في القمة الوزارية العالمية لتخفيض الطلب على العقاقير المخدرة ومكافحة أخطار الكوكايين (لندن- ١٩٩٠م) حتى صدور تقرير المكتب لعام ٢٠٠٥م. والواقع أن أول دراسة أجريت في العالم العربي عن تقدير التكلفة الاقتصادية لمشكلة المخدرات هي دراسة عيد المعنونة: «أسلوب تقدير التكلفة الاقتصادية لمشكلة المخدرات: (عيد، ١٤١٠هـ، ص ص ٥١-٥٧) التي أوضح فيها أن البند الرئيسي في النفقات هو الثمن الذي تدفعه الدولة في استهلاك المخدرات.

وبآتي بعد ذلك نفقات الأجهزة الدولية والإقليمية ودون الإقليمية المعنية بالمخدرات التي تسهم الدولة في ميزانياتها، ثم نفقات الأجهزة الوطنية المعنية بمكافحة المخدرات «منع - ضبط - تحقيق - محاكمة - تنفيذ - وقاية - علاج وتأهيل ورعاية لاحقة ودراسات وبحوث إلى آخره»، وقيمة الأموال المعطلة، حيث يعد جميع المتصلين بالعقاقير المخدرة اتصالاً مادياً أو قانونياً طاقات معطلة سواء في أثناء ممارستها نشاطهم الآثم أو في أثناء وجودهم داخل السجون أو المصحات، وأخيراً يأتي قياس مدى تأثير إنتاجية الفرد بالتعاطي والأضرار التي يجلبها على نفسه أو على غيره. وحصرياً الماكاسب من جراء المشكلة فيما يلي:

ماتم بيعه من المخدرات للأغراض العلمية والصناعية والدوائية، ماتم تحصيله من الغرامات المحكوم بها والأموال المصادرة من أدوات ووسائل نقل ومعدات وعقارات وثروات مادية. وعلى ضوء ما تقدم رصد ما أنفق في جلب المخدرات وزراعتها واستهلاكها عام ١٩٨٧م في مصر وقدر ما دفعه المدمنون ثمناً لاستهلاك المخدرات بنحو ٢ مليار، ٢٩٥ مليوناً، ٥٤٨٣٠٠ جنيه مصري.

وعلى المستوى الدولي قامت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بإجراء دراسة عن العواقب الاقتصادية التي تترتب على الاتجار غير المشروع بالعقاقير وتعاطيها، الهيئة (تقرير عام ٢٠٠٢م الصادر عام ٢٠٠٣م، ص ١ - ١٥) بينت فيها تعذر وضع تقديرات دقيقة للدخل المتأتي من الاتجار غير المشروع بالعقاقير وتأثير هذا الدخل على الاقتصادات الوطنية، وركزت الدراسة على أن التجارة المحرمة تقف عقبة أمام النمو الاقتصادي للبلدان التي تنتج فيها أو تستهلك فيها، كما تزعزع استقرار الدولة بقدرة مجرمي المخدرات على تمويل الحملات الانتخابية وأشكال عديدة من الفساد وأعمال التمرد والإرهاب والجريمة المنظمة وتشويه المناخ الاستثماري وتدهور المناخ التجاري. فضلاً عن زعزعة الاستقرار الاقتصادي الذي يتخذ أشكالاً مختلفة منها إضعاف القرارات الاقتصادية الخاصة بالاقتصاد القومي، وتجاوز سعر صرف العملات لقيمتها الحقيقية، نتيجة التكاليف عليها لشراء المخدرات، ونشوء أعمال تجارية غير مشروعة وتنافس غير نزيه يؤدي إلى أن تقوم العملة الرديئة بطرد العملة الصحيحة النظيفة، والتشجيع على الاستثمار في قطاعات غير إنتاجية كصناعة اللهو والمتعة والعقارات والسيارات الفارهة واليخوت والمعدات الإلكترونية والملابس الفاخرة والأحذية التي تبلغ أسعارها أكثر من ألفي دولار وتجارة الأسلحة والذخائر والمتفجرات.

وبينت الدراسة أن التجارة المحرمة تزعزع استقرار المجتمع المدني، نتيجة لتزايد مستويات الجريمة (حروب العصابات والاختطاف والابتزاز والقتل والاعتصاب وهتك العرض) وإضعاف سيادة القانون وفساد النخبة أو النظام السياسي وتمزيق التماسك الاجتماعي الذي يشمل الأسرة والمجتمع المحلي والدولة، بالإضافة إلى التفاوت الكبير في دخول الأفراد.

وتنتهي الدراسة إلى أن الاتجار غير المشروع بالعقاقير لا يسهم في نمو الاقتصاد أو ازدهاره، وأن هذا النشاط الآثم وإن كان ينطوي على كثافة في استخدام الأيدي العاملة، فهو لا يولد قدراً كبيراً من فرص العمالة الإضافية ثم إن زارعي المخدرات والعاملين في صناعتها لا يكسبون في العادة سوى ما يعادل ١٪ من الأموال التي ينفقها المتعاطون في شرائها، والنصيب الأكبر من أرباح التجارة المحرمة يكون في البلاد التي تباع المنتجات النهائية وتتعاطى فيها، مثل الولايات المتحدة الأمريكية أكبر سوق لاستهلاك المخدرات في العالم وفيها العصابات الإجرامية التي تتولى إنتاج المخدرات وترويجها وغسل الأموال المتأتية منها.

١ . ١٠ الإحصاءات

١ - مساحات زراعات الخشخاش بالهكتار على مستوى العالم

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|------------|
| ١٩٩٤ | ٢٧٢٠٠٠ | ٢٠٠٢ | ١٨٠٠٠٠ |
| ١٩٩٥ | ٢٥٠٠٠٠ | ٢٠٠٣ | ١٧٠٠٠٠ |
| ١٩٩٦ | ٢٥٨٠٠٠ | ٢٠٠٤ | ١٩٦٠٠٠ |
| ١٩٩٧ | ٢٥٢٠٠٠ | ٢٠٠٥ | ١٥١٥٠٠ |
| ١٩٩٨ | ٢٣٨٠٠٠ | ٢٠٠٦ | ٢٠١٩٠٠ |
| ١٩٩٩ | ٢١٦٠٠٠ | ٢٠٠٧ | ٢٣٥٠٠٠ |
| ٢٠٠٠ | ٢٢٢٠٠٠ | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٠٠٠ (*) |
| ٢٠٠١ | ١٤٢٠٠٠ | | |

(*) البيانات الإحصائية لعام ٢٠٠٨ م تقريبية

٢ - مساحات زراعات الخشخاش بالهكتار في أفغانستان

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٤ | ٧١٠٠٠ | ٢٠٠٢ | ٧٤٠٠٠ |
| ١٩٩٥ | ٥٤٠٠٠ | ٢٠٠٣ | ٨٠٠٠٠ |
| ١٩٩٦ | ٥٧٠٠٠ | ٢٠٠٤ | ١٣١٠٠٠ |
| ١٩٩٧ | ٥٨٠٠٠ | ٢٠٠٥ | ١٠٤٠٠٠ |
| ١٩٩٨ | ٦٤٠٠٠ | ٢٠٠٦ | ١٦٥٠٠٠ |
| ١٩٩٩ | ٩١٠٠٠ | ٢٠٠٧ | ١٩٣٠٠٠ |
| ٢٠٠٠ | ٨٢٠٠٠ | ٢٠٠٨ | ١٥٧٠٠٠ |
| ٢٠٠١ | ٨٠٠٠ | | |

٣ - مضبوطات الأفيون بالطن كان معدل ضبط الأفيون في السنوات الأولى لا يتجاوز ٤٢ طناً سنوياً (١٩٤٧ - ١٩٦٦م)

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ١٧٤ | ٢٠٠٢ | ٩٧ |
| ١٩٩٧ | ١٩٥ | ٢٠٠٣ | ١٣٤ |
| ١٩٩٨ | ١٧٨ | ٢٠٠٤ | ٢١٢ |
| ١٩٩٩ | ٢٣٩ | ٢٠٠٥ | ٣٤٢ |
| ٢٠٠٠ | ٢١٣ | ٢٠٠٦ | ٣٨٤ |
| ٢٠٠١ | ١٠٦ | ٢٠٠٧ | ٥٠٦,٥ |

وأكثر الدول ضبطاً للأفيون عام ٢٠٠٦م حسب الترتيب التنازلي: إيران، أفغانستان، باكستان، ميانمار، الهند، تركمنستان، الصين،

طاجيكستان، قطر، أوزبكستان، كازاخستان، الاتحاد الروسي، تركيا،
فرغيزستان، الولايات المتحدة الأمريكية، تايلاند، جورجيا، فيتنام،
كولومبيا، كندا.

٤ - مضبوطات الهيرويين بالطن

كان معدل ضبط الهيرويين في السنوات الأولى لا يتجاوز ١٨٧ كيلوجراماً

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ٢٨,٥ | ٢٠٠٢ | ٤٩,٣ |
| ١٩٩٧ | ٣٣,٣ | ٢٠٠٣ | ٥٣,٣ |
| ١٩٩٨ | ٣٢,٦ | ٢٠٠٤ | ٦٠,٠ |
| ١٩٩٩ | ٣٦ | ٢٠٠٥ | ٥٨,٥ |
| ٢٠٠٠ | ٥٣,٣ | ٢٠٠٦ | ٥٦,٧ |
| ٢٠٠١ | ٥٤,٥ | ٢٠٠٧ | ٦٣,٣ |

٥ - مضبوطات الهيرويين والمورفين معاً بالطن

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٣ | ٥٦ | ٢٠٠١ | ٦٥ |
| ١٩٤٤ | ٤٢ | ٢٠٠٢ | ٧٣ |
| ١٩٩٥ | ٤٤ | ٢٠٠٣ | ٩٨ |
| ١٩٩٦ | ٤٠ | ٢٠٠٤ | ١٠٠ |
| ١٩٩٧ | ٥٤ | ٢٠٠٥ | ٩٠ |
| ١٩٩٨ | ٥٦ | ٢٠٠٦ | ١٠٤ |
| ١٩٩٩ | ٦١ | ٢٠٠٧ | ٩٠,٥ |
| ٢٠٠٠ | ٧٨ | | |

وأكثر الدول ضبطاً للهيرويين والمورفين، عام ٢٠٠٦م معاهي : باكستان، إيران، تركيا، الصين، أفغانستان، الاتحاد الروسي، طاجيكستان، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة، ميانمار، إيطاليا، الهند، فرنسا، هولندا، ألمانيا، قطر، بلغاريا، صربيا والجبل الأسود، كازاخستان، كولومبيا، أوزبكستان، إسبانيا، المكسيك، اليونان، فيتنام، وفنزويلا .

٦ - مضبوطات العشبة بالطن

كان معدل ضبط العشبة لا يتجاوز في السنوات الأولى ٣٤٢ طناً

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ٣٠٩٠ | ٢٠٠٢ | ٤٧٩٨ |
| ١٩٩٧ | ٣١٠٥ | ٢٠٠٣ | ٥٩٤١ |
| ١٩٩٨ | ٢٩٩٨ | ٢٠٠٤ | ٧١٥٢ |
| ١٩٩٩ | ٤٠٤٢ | ٢٠٠٥ | ٤٦٧٤ |
| ٢٠٠٠ | ٤٦٨٠ | ٢٠٠٦ | ٥٢٣٥ |
| ٢٠٠١ | ٤٧٥٨ | ٢٠٠٧ | ٥٢٧٧ |

وأكثر الدول ضبطاً للعشبة عام ٢٠٠٦م ٢٤ دولة هي المكسيك، والولايات المتحدة الأمريكية وجنوب إفريقيا، وملاوي وتانزانيا وتحتل مصر المركز الحادي عشر، والمغرب المركز الرابع عشر .

٧ - مضبوطات الراتنج بالطن

كان معدل ضبط الراتنج في السنوات الأولى دون الوزن أو مختلطاً بالعشبة

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ٨٧٨ | ٢٠٠٢ | ١٠٩١ |
| ١٩٩٧ | ٨١٨ | ٢٠٠٣ | ١٣٦١ |
| ١٩٩٨ | ٨٩٥ | ٢٠٠٤ | ١٤٧٠ |
| ١٩٩٩ | ٨٩٨ | ٢٠٠٥ | ٩٩٩ |
| ٢٠٠٠ | ١٠٥٢ | ٢٠٠٦ | ١٠٢٥ |
| ٢٠٠١ | ٩٣٤ | ٢٠٠٧ | ١٢٤٧ |

وأكثر ٣٢ دولة ضبطاً للراتنج عام ٢٠٠٦م هي إسبانيا، باكستان والمغرب وفرنسا وإيران، وتحتل ليبيا المركز العاشر ومصر المركز السابع عشر والإمارات المركز رقم ٢٦ وقطر المركز رقم ٢٩ والأردن المركز رقم ٣٠ ولبنان المركز رقم ٣٢.

٨ - مضبوطات الحشيش السائل بالطن

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ١,٥ | ٢٠٠١ | ٢,٧ |
| ١٩٩٧ | ١,٣ | ٢٠٠٢ | ١,٥ |
| ١٩٩٨ | ٢,٣ | ٢٠٠٣ | ٠,٣ |
| ١٩٩٩ | ١,٩ | ٢٠٠٤ | ٠,٨ |
| ٢٠٠٠ | ١,٢ | ٢٠٠٥ | ٠,٧ |

٩ - مضبوطات الكوكايين بالطن

كان معدل ضبط الكوكايين في السنوات الأولى لا يتجاوز ٤١ كيلوجراماً

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ٣٤٠ | ٢٠٠٢ | ٣٦٣ |
| ١٩٩٧ | ٣٤٧ | ٢٠٠٣ | ٤٩٥ |
| ١٩٩٨ | ٣٩٤ | ٢٠٠٤ | ٥٧٩ |
| ١٩٩٩ | ٣٧١ | ٢٠٠٥ | ٧٤٨ |
| ٢٠٠٠ | ٣٤٨ | ٢٠٠٦ | ٧٠٥ |
| ٢٠٠١ | ٣٥٦ | ٢٠٠٧ | ٦١٧ |

١٠ - مضبوطات الأمفيتامينات بالطن عدا الأكستازي

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ١٠ | ٢٠٠٢ | ٢٣ |
| ١٩٩٧ | ١٥ | ٢٠٠٣ | ٣٧ |
| ١٩٩٨ | ١٤ | ٢٠٠٤ | ٣٠ |
| ١٩٩٩ | ٣٣ | ٢٠٠٥ | ٤١ |
| ٢٠٠٠ | ٤٤ | ٢٠٠٦ | ٤٢,٥ |
| ٢٠٠١ | ٢٦ | ٢٠٠٧ | ٣٤ (*) |

(*) هذا الرقم تقريبي ومن المرجح أن يصل إلى أكبر من عامي ٢٠٠٥-٢٠٠٦ م.

وأكثر دول العالم ضبطاً للأمفيتامينات عام ٢٠٠٦ م ٢٤ دولة هي حسب الترتيب التنازلي المملكة العربية السعودية (٢٨٪) من المضبوطات، الصين (٢٤٪)، الولايات المتحدة الأمريكية (١٣٪) ميانمار (٧٪)، المملكة المتحدة

(٥٪) وسلطنة عمان (٥٪) وتأتي الأردن في المركز العشرين (٨, ٠٪) وسوريا في المركز الثاني والعشرين. (٦, ٠٪).

١١ - مضبوطات الأستازي بالطن

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٩ | ٠,٥ | ٢٠٠٤ | ٥ |
| ٢٠٠٠ | ١,٧ | ٢٠٠٥ | ٥,١ |
| ٢٠٠١ | ١ | ٢٠٠٦ | ٤,٩ |
| ٢٠٠٢ | ٣ | ٢٠٠٧ | ٥,٩ |
| ٢٠٠٣ | ٢ | | |

وأكثر الدول ضبطا للأستازي عام ٢٠٠٦م هي الولايات المتحدة الأمريكية وهولندا، وكندا، والمملكة المتحدة، وتركيا

١٢ - مضبوطات الباربيتورات عدا الميثاكوالون بالطن

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ١,٣ | ٢٠٠١ | ٢,٥ |
| ١٩٩٧ | ١,٥ | ٢٠٠٢ | ٠,٨ |
| ١٩٩٨ | ٠,١ | ٢٠٠٣ | ٢,٩ |
| ١٩٩٩ | ٠,٣ | ٢٠٠٤ | ٢ |
| ٢٠٠٠ | ٠,٤ | ٢٠٠٥ | ١ |

١٣ - مضبوطات الميثاكوالون بالطن

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ٢,٣ | ٢٠٠٢ | ١٠,٧ |
| ١٩٩٧ | ٨ | ٢٠٠٣ | ٠,٦ |
| ١٩٩٨ | ٢,٤ | ٢٠٠٤ | ٤,٧ |
| ١٩٩٩ | ٠,٥ | ٢٠٠٥ | ٠,٦ |
| ٢٠٠٠ | ١,٥ | ٢٠٠٦ | ٥,٤ |
| ٢٠٠١ | ٩,٣ | | |

١٤ - مضبوطات المهلوسات بالطن عدا L.S.D

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٦ | ٠,٥ | ٢٠٠١ | ٠,١ |
| ١٩٩٧ | ١,٥ | ٢٠٠٢ | ٠,٣٥ |
| ١٩٩٨ | ٠,٢ | ٢٠٠٣ | ٠,٤ |
| ١٩٩٩ | ٢,١ | ٢٠٠٤ | ٠,٢٧ |
| ٢٠٠٠ | ٠,٤٥ | ٢٠٠٥ | ٠,١٥ |

١٥ - مضبوطات L.S.D بالكيلوجرام

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ١٩٩٧ | ١,٦ | ٢٠٠٢ | ٢,٩ |
| ١٩٩٨ | ٠,٦ | ٢٠٠٣ | ٤,٣ |
| ١٩٩٩ | ٠,٥ | ٢٠٠٤ | ٢,١ |
| ٢٠٠٠ | ١,٤ | ٢٠٠٥ | ٧,٦ |
| ٢٠٠١ | ٢ | | |

١٦ - مضبوطات القات بالطن

| السنة | الكمية | السنة | الكمية |
|-------|--------|-------|--------|
| ٢٠٠٤ | ١٠٦,٩ | ٢٠٠٥ | ٩٥,٥ |

والواقع أن الإحصاءات المذكورة في هذا البند تبين أن العالم ما زال بعيداً عن تحقيق هدف القضاء على العقاقير المخدرة إنتاجاً وتهريباً وتجاراً وتعاطياً وغسلاً للأموال المتأتية من هذه التجارة، والأمل معقود على زيادة حجم التعاون بين الدول المنتجة والمستهلكة والدول التي تمر المخدرات والسلائف والكيماويات المستخدمة في الصنع عبرها تعاوناً عمادته العمل الوطني المنسق والعمل الإقليمي المتجانس على أن يتسم العمل بالبعد عن الإثرة والأنانية والالتزام بالإيمان بجدوى العمل والإخلاص في أدائه.

الفصل الثاني

خفض الطلب على العقاقير المخدرة

٢. خفض الطلب على العقاقير المخدرة

تمهيد

خفض الطلب معناه اتخاذ التدابير والإجراءات اللازمة لتقليص عدد متعاطي المخدرات إلى أدنى حد ممكن فيقل الطلب على المخدرات وتبور تجارتها وهو مصطلح حديث نسبياً دخل لغة المهتمين بمعالجة مشكلة المخدرات في عقد الثمانينيات .

ولا يعني ذلك أن العالم لم يكن يعرف خفض الطلب قبل عقد الثمانينيات ، فالثابت تاريخياً أن العالم قد عرف بعض التدابير المتخذة لتقليص عدد المتعاطين منذ العقود الأولى في القرن العشرين ، وكان ينظر إلى هذه التدابير على أنها إجراءات احتياطية للقضاء على مشكلة المخدرات ، ولكن المتغيرات التي طرأت على المشكلة والدراسات المتميزة الدولية والإقليمية والمحلية التي تناولت المشكلة من جميع جوانبها أدت إلى أن يكون خفض الطلب جزءاً أساسياً من أي إستراتيجية لمكافحة العقاقير المخدرة .

ويلزم في البداية التفرقة بين خفض الطلب وتخفيف الضرر رغم أن خفض الطلب يؤدي إلى تخفيف الضرر ، ولكن تدابير تخفيف الضرر التي تتخذها بعض الدول الغربية تخالف المبدأ الذي أقرته الاتفاقيات الدولية الصادر في شأن المخدرات ألا وهو أن المخدرات والمؤثرات العقلية لا ينبغي استعمالها إلا للأغراض الطبية والعلمية ووفق ضوابط وشروط محددة ومقننة وصارمة وفي غياب تعريف للاستعمال الطبي في الاتفاقيات الدولية عرفت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في تقريرها لعام ٢٠٠٣م الاستعمال

الطبي للعقار المخدر بأنه (استعمال العقار المخدر للأغراض الطبية التالية :
تحسين الصحة والرفاهية ، الوقاية من المرض وعلاجه وتخفيف أعراضه ،
المساعدة في التشخيص ، المساعدة على الحمل أو منع الحمل ، التخدير بوجه
عام شريطة أن توافق على هذا الاستعمال السلطة التنظيمية المختصة في
البلد وأن تعترف بجدواه الأوساط الطبية) (الهيئة ، ٢٠٠٤ ، ص ٥٣) .

ومن تدابير تخفيف الضرر التي تأخذ بها بعض الدول الغربية :

١- في عدد من البلدان استحدثت الحكومات منذ نهاية الثمانينيات برامج
لتبديل الإبر والمحاقن أو توزيعها على مدمني المخدرات التي يتم
تعاطيها عن طريق الحقن خوفاً من انتقال أمراض الدم مثل الإيدز
وإلتهاب الكبد البوابي والملاريا ثم تطور هذا النظام إلى ما يسمى
بغرف الحقن (shooting galleries) التي يسمح فيها بدخول
المدمنين وفي حيازتهم جرعات المخدر التي يشترونها من سوق
الاتجار غير المشروع، وفي الغرف يجد المدمنون الحقن البلاستيكية
وإبرها وهي معدة لاستخدام شخص واحد دون خوف من القبض
عليهم أو ضبط ما بحوزتهم من عقاقير مخدرة أي أن التعاطي يتم
تحت إشراف مباشر أو غير مباشر من السلطات وبموافقتها ، وهذه
الغرف منتشرة في هولندا وسويسرا وألمانيا ولوكسمبرج ودول
أخرى .

٢- في بعض البلدان التي انتشر فيها تعاطي العقاقير الاصطناعية
(الأقراص المخدرة) ولا سيما المنشطات الأمفيتامينية توفر السلطات
مرافق لفحص تركيب ونوعية العقاقير ثم إعادتها إلى المتعاطي
وإبلاغه بنتائج الفحص وتحذيره على وجه خاص إذا كان القرص
مغشوشاً أو غير نقي ، وقد انتشرت هذه المرافق في بولندا بوجه

خاص ، وهذا التدبير يعطي احساساً خاطئاً لدى المتعاطين بالأمان ويوحي لهم أن الحكومة تسمح بالتعاطي .

٣- التدبير الثالث هو غرف الاستنشاق التي يسمح فيها باستنشاق المخدرات في أمان دون خوف من العاملين في مجال مكافحة المخدرات وكانت الحجة أن استنشاق المخدرات بعيداً عن غرف الاستنشاق قد يؤدي إلى تطاير دخان المادة أو رزازها فيتعاطاها شخص لا يرغب في ذلك أي أن الخوف هنا من التعاطي السلبي الذي قد يسبب الأمان ، وكانت أول غرفة استنشاق تفتح هي الغرفة التي سمحت بها السلطات في زيورخ بسويسرا في شهر أبريل ٢٠٠٢م (الهيئة ، ٢٠٠٣م ، ص ٩٩) .

٤- إباحة تعاطي المخدرات كما في بعض الدول الغربية حيث يسمح للشخص بحيازة كمية من المخدرات لالتزيد عن استعماله الشخصي ، وكان السماح مقصوراً في بعض الدول على الحشيش ثم اتسع في دول أخرى ليضفي الإباحة على سائر أنواع المخدرات (عيد ، ١٩٨٨م ، ج ١ ، ص ٤٠١ - ٤٠٣) .

٥- السماح باستخدام مزيج من المخدرات (هيرويين - ميتادون) أو الميتادون فقط لعلاج مدمني الهيرويين ، كذلك وصف الهيرويين أثناء العلاج لمن يسيئون استعمال العقاقير المخدرة في سويسرا وألمانيا (الهيئة ، ١٩٩٤م ، ص ٨) .

٦- تأخذ إنجلترا في علاج مدمني المخدرات بنظام عيادات المخدرات التي تقدم الهيرويين للمدمنين بدون أجر أو بأجر رمزي في حالة أو أكثر من حالات ثلاث حددتها لجنة الأطباء البريطانيين :

أ- عندما يكون المدمن تحت العلاج من إدمانه عن طريق الانقطاع تدريجياً عن تعاطي المخدر .

ب- إذا تبين أن المدمن لا يمكن أن يتوقف عن تعاطي المخدر نظراً لحدة أعراض الانقطاع عن تعاطي المخدر لديه .

ج- إذا تبين أن المدمن يحيا حياة عادية نسبياً عندما يتعاطى المخدر أو أنه لا يستطيع ذلك بغير المخدر .

ويتم صرف المخدر للمدمن بموجب تذكرة طبية وتحت إشراف الطبيب ، ويعتمد هذا النظام على الأمانة في اداء المهنة من جانب الطبيب من ناحية ومدى التزام المدمن ورغبته في العلاج من ناحية أخرى ، لذا نجح هذا النظام في بريطانيا وفشل في هونج كونج (عيد، ١٩٨٨، ج ١، ص ٣٠٢-٣٠٣) .

ونحن مع رأي الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في أن العلاج بهذه الطريقة وإن كان يؤدي إلى إحلال مخدر خطر محل مخدر أكثر خطورة وأنه قد يحمي المدمن من ابتزاز وإرهاب تجار المخدرات إلا أنه مخالف لاتفاقية ١٩٦١م التي تمنع استخدام الهيرويين في العلاج ، ورأت الهيئة أن إضفاء الصفة القانونية على تعاطي المخدرات أمر لا يلقى تأييداً من الجمهور ولا من الشباب نفسه حسب نتائج البحث الذي أجري في إسبانيا (الهيئة، ٢٠٠١م، ص ٦٨) .

٧- سماح بعض الدول مثل هولندا ببيع القنب في المقاهي بكمية لا تزيد عن خمسة جرامات ومن باب أولى تعاطيه مخالف لما نصت عليه الاتفاقيات الصادرة بشأن المخدرات ، وتعتبر مدينة فينلو الهولندية

من أكثر المدن التي سمحت بفتح مقاهي للتجار في القنب وتعاطيه .
ومن ثم فإن تخفيف الضرر أو خفض الضرر مخالف للاتفاقيات
الدولية الصادرة في شأن المخدرات بينما خفض الطلب مسير لأحكام هذه
الاتفاقيات .

ويتطلب عرض موضوع خفض الطلب تناول الأمور الآتية :

- التطور التاريخي لبرامج خفض الطلب .
- أنشطة خفض الطلب وشروط تنفيذها .
- إعلان المبادئ التوجيهية لخفض الطلب والدليل الإرشادي لتنفيذه .
- التقرير الخامس الأثنا سنوي في مجال خفض الطلب .

٢ . ١ التطور التاريخي لبرامج خفض الطلب

بدأت مكافحة المخدرات معتمدة على قانون يجرم الاتصال بالمواد
المخدرة ، ويقرر عقوبة توقع على من يخالف أحكامه ثم بدأت تظهر على
استحياء التدابير المانعة من دخول أشخاص جدد في دائرة التعاطي ومن
بعدها تدابير العلاج ثم إعادة التأهيل وأخيراً الرعاية اللاحقة . وكانت هذه
التدابير وسائل استثنائية أو احتياطية ثم وضحت الحاجة إليها وتبين أن
القانون وإن كان ضرورياً للمكافحة إلا أنه ليس بكاف وأخيراً أصبحت
برامج الطلب جزءاً أساسياً في أي إستراتيجية ناجحة لمكافحة المخدرات .

وقد مرت برامج خفض الطلب بعدة مراحل :

٢ . ١ . ١ . مرحلة ما قبل إنشاء عصبة الأمم

بدأ اهتمام المجتمع الدولي بمشكلة المخدرات بعقد مؤتمر شنغهاي في فبراير عام ١٩٠٩م لدراسة وسائل محاربة الأفيون ومشتقاته واشتركت فيه ١٣ دولة منها الولايات المتحدة الأمريكية التي وجهت الدعوة لعقدته بعد أن عانت من ويلات المورفين أثناء الحرب الأهلية ، وانتهى المؤتمر لعدة قرارات متعلقة بمراقبة صناعة وتوزيع المورفين وسائر مشتقات الأفيون ومنع تهريبها وتصديرها والتعاون على القضاء على الاتجار بها ، ثم جاءت معاهدة الأفيون الدولية الموقعة في لاهاي في شهر يناير ١٩١٢م لتكون أول عمل قانوني أتمته الرقابة الدولية على المخدرات وتضمنت صياغة قانونية للقرارات التي وافق عليها مؤتمر شنغهاي وأضافت إليها أحكام الرقابة على صناعة الكوكايين ولا وجود لبرامج خفض الطلب في هذه المرحلة .

وعلى المستوى الوطني كان أول تشريع عربي يصدر لتجريم حيازة وإحراز المخدرات هو الأمر العالي الصادر في مصر في ٢٩ مارس ١٨٧٩م القاضي بتحريم استيراد الحشيش ومصادرة ما يضبط منه بمعرفة السلطات الجمركية ومنع زراعة الحشيش ، وفرض الأمر العالي غرامة على من يخالف أحكامه لا تزيد على مائتي قرش . وفي اليابان صدر القانون رقم ٤٥ لعام ١٩٠٧م بمنع استيراد وبيع وصناعة وتدخين الأفيون المجهز ، وفي فرنسا نصت المواد ٣١ ، ٣٢ ، من قانون ١٩ يولييه عام ١٨٤٥م ، المعدل بقانون ١٢ يوليو عام ١٩١٦ بتجريم بيع المواد المخدرة وإنتاجها والتنازل عنها وتسهيل تعاطيها وبذا يكون القانون الفرنسي هو أول تشريع يصدر في العالم لمكافحة المخدرات (الملاح ١٩٣٨م ، ص ص ٥٤ ، ١٦٧) .

وكان جلياً أن الأجهزة التي كانت مكلفة بمحاربة المخدرات هي أجهزة إنفاذ القانون وخاصة الشرطة والجمارك وقوات حرس الحدود. ولم يكن ينظر إلى المتعاطي على أنه مريض بل كان في نظر أغلب الشعوب شخصاً ناقص العقل أو فاسد الأخلاق أو ضعيف الإرادة.

٢ . ١ . ٢ مرحلة عصبة الأمم ١٩١٩م حتى ١٩٤٠م

أنشئت عصبة الأمم عام ١٩١٩م بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى وعهد إلى العصبة بالإشراف العام على تنفيذ الاتفاقيات الصادرة في شأن الأفيون والعقاقير المخدرة الأخرى. وكانت هذه المرحلة غنية بالاتفاقيات والبروتوكولات التي صدرت فيها وعالجت تنظيم التجارة الدولية لمشروعة للمخدرات (اتفاقية المؤتمر الثاني للأفيون لعام ١٩٢٥م، اتفاقية تحديد صنع العقاقير المخدرة وتنظيم توزيعها لعام ١٩٣١م)، واتفاقيات القضاء على تدخين الأفيون (اتفاقية المؤتمر الأول للأفيون لعام ١٩٢٥م، اتفاقية بانكوك لمنع تدخين الأفيون لعام ١٩٣١م)، كما صدرت في هذه المرحلة أول اتفاقية دولية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات (اتفاقية جنيف لعام ١٩٣٦م). التي جرمت حيازة وإحراز المخدرات وإنتاجها وتهريبها وترويجها وطالبت الدول بسن تشريعات تقرر عقوبات صارمة بحق من يخالف ذلك، كما أرسى الاتفاقية أسس التعاون الدولي لمواجهة خطر الاتجار غير المشروع بالمخدرات وأوجبت على كل دولة إنشاء مكتب مركزي لمكافحة المخدرات ونصت على تبادل المعلومات من خلال إحدى الوسائل الثلاث التالية: الاتصال المباشر، الاتصال عبر وزارات العدل، الاتصال عبر وزارات الخارجية. وواضح أن الجهود الدولية في هذه الفترة لم تهتم ببرامج خفض الطلب.

وعلى المستوى الوطني بدأ اهتمام الدول بإجراءات الوقاية من خطر المخدرات عن طريق الإعلام والتوعية الدينية وكذا كان الاهتمام منصبا على علاج المدمن . ففي مصر وقعت عدة أحداث يمكن إدخالها تحت مصطلح خفض الطلب :

الحادث الأول : وجه حكمدار بوليس مصر نداء إلى الشعب المصري نشرته الصحف في ١٥ سبتمبر ١٩٢٤م لفت فيه نظر الرأي العام إلى ما يهدد البلاد من انتشار تعاطي المخدرات وشبهها بالسم الزعاف الذي يسري في جسم الأمة ، وطالب في هذا النداء بتعديل القانون وتشديد العقوبات حتى يستطيع البوليس أن يقضي على هذه التجارة . وهذا الحادث يكشف عن استخدام الإعلام في التوعية بأخطار المخدرات وخاصة عندما أشار إلى أن الكوكايين قد قضى على عشرات الشبان صحياً وأديباً وأن الداء امتد من القاهرة إلى الريف .

والحادث الثاني: كان تقديم بحث عن مشكلة المخدرات في مصر في العيد المئوي لكلية الطب المصرية عام ١٩٢٨م أعده د . عبدالوهاب محمود الطبيب المسؤول آنذاك عن الحالة الصحية لنزلاء سجن مصر العمومي ، وقد أجرى بحثه على المسجونين المدمنين من الرجال والنساء خلال عامي ١٩٢٦م ، ١٩٢٧م ، وانتهى في بحثه إلى أن الناس تتعاطى المخدرات هرباً من مشكلات الحياة أو انغماساً في ملذاتها أو علاجاً لبعض الأمراض ويكشف هذا الحادث عن أن مصر عرفت إجراء الدراسات للكشف عن أسباب التعاطي ولكن البحث كان جهداً فردياً فضلاً عن محدودية نطاقه .

والحادث الثالث: هو صدور القانون المصري رقم ٢١ عام ١٩٢٨م الذي ساير أحدث النظم القانونية السائدة في تلك الأيام والتي تعتبر المدمن مريضاً من نوع خاص في حاجة إلى معاملة خاصة وعلاج وأجاز القانون للمحكمة

بدلاً من توقيع عقوبة الحبس أن تحكم بإرسال المدمن إلى إصلاحية خاصة للعلاج لمدة لا تقل عن ستة أشهر ولا تزيد على سنة، ولم يكتب لهذه الإصلاحية «دار العلاج» أن ترى النور لعدم وجود اعتمادات مالية من ناحية ومن ناحية أخرى فإن البعض كان يرى أن بذل الجهود وإنفاق المال لعلاج المدمنين عبث لا طائل من ورائه لأنهم بإدمانهم للمخدرات لا يؤذون إلا أنفسهم وأن أكثرهم منحطون فلا ضرر من تركهم يهلكون تحت عبء رذيلتهم (عيد ١٩٨٨م، ج ١، ص ٥٦-٦١).

وقد أنشأت في بعض الدول مصحات لعلاج المدمنين على نفقتهم مثلما حدث في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٥م، وفي الصين عام ١٩٣٤م، وفي البرازيل في نفس الفترة تقريباً.

والحدث الرابع : والأهم هو إنشاء مكتب المخبرات العام للمواد المخدرة في ٢٠ مارس عام ١٩٢٩م ليكون أول جهاز متخصص لمكافحة المخدرات على مستوى العالم، وأسندت رئاسته إلى توماس رسل باشا حكمدار بوليس مصر «البريطاني الجنسية» الذي استخدم صلاته بأقرانه في أوروبا في توسيع أنشطة الجهاز لتشمل مكافحة على المستويين المحلي والدولي والقيام بالتوعية الدينية والتوعية الفكرية للوقاية من خطر المخدرات ومساعدة المدمنين الراغبين في العلاج في الخلاص من إدمانهم . وبذا يكون المكتب هو أول مؤسسة أمنية تقوم بدور أساسي في خفض الطلب والتقليل من المعروض ونشطت في عهده الجهود الحكومية والتطوعية لتوعية الناس بأخطار المخدرات وتحريم الأديان السماوية لها، فصدرت فتوى فضيلة مفتي الديار المصرية بتحريم المخدرات إنتاجاً وتجاراً وتعاطياً وأن الربح الناتج من الاتجار فيها حرام وأن إنفاقه في القربات غير مقبول بل حرام وتم نشر هذه

الفتوى عن طريق جميع وسائل الإعلام وفي المؤتمرات والندوات واللقاءات ، وكانت هذه الفتوى خطوة مهمة في مواجهة الذين أشاعوا أن الدين الإسلامي لا يحرم تعاطي المخدرات فضلاً عن زعم تجار المخدرات بأنهم يطهرون أموالهم بالإحسان إلى الفقراء والحج إلى بيت الله الحرام . وفي مجال التوعية الفكرية أعد جهاز مكافحة المخدرات فيلمين سينمائيين الأول ناطق عن حالة مدمن مخدرات هرب إلى الصحراء وانضم إلى عصابة من المهريين يخدمهم في مقابل ما يعطى له من مواد مخدرة ثم لقي مصرعه عندما داهمت قوة من حرس الحدود وكر المهريين وفي نهاية الفيلم تستعرض الكاميرا الحالة المزرية لمئة من المدمنين تم جمعهم من الأحياء الفقيرة بمدينة القاهرة ، والفيلم الثاني صامت يحكي قصة فلاح بسيط أدمن المخدرات ودفعه الإدمان إلى ارتكاب جريمة قتل فكان مصيره الإعدام شنقاً وقد عرض هذا الفيلم في الأقاليم كما أعد الجهاز شرائح عن المدمنين وقد أنهك المخدر قواهم قام بعرضها على الأهالي في الميادين بالإضافة إلى الإعلانات الكهربائية التي تحذر الناس من خطر المخدرات .

وأسهم مع المكتب في تبصير الناس بأخطار المخدرات جمعيات أهلية تطوعية مثل جمعية الهلال الأحمر المصرية والجمعية المصرية لمشايخ المسلمين وجمعية الإخاء الإنساني لمكافحة المخدرات وجمعية الطلبة المناهضة للمخدرات . وقامت إحدى الجمعيات بطبع صورة أسرة مصرية يتمتع أفرادها بكامل الصحة والهناء وصورة أخرى لنفس العائلة بعد أن هوت إلى البؤس والفاقة بسبب إدمان عائلتها وعلقت الصور في محطات الترام والسكك الحديدية وفي المساجد ودور العبادة ومنازل العمدة والمشايخ . وقامت جمعية أخرى بإلقاء محاضرات بالفانوس السحري على القرويين في جميع أنحاء البلاد وهي محاضرات محورها حكايات بسيطة مشروحة

بالصورة وبعبارات سهلة عن خطر المخدرات والمسكرات كما كان ضباط مكافحة المخدرات يلقون محاضرات عن مشكلة المخدرات في الجامعة المصرية والكلية الأمريكية بأسيوط والمدارس الثانوية .

وفي هذه المرحلة أسهم الفن في تبصير الناس بأضرار المخدرات فغنى سيد درويش من ألقانه مونولوجاً عن الكوكايين هو منولوج «شم الكوكايين خلاني مسكين» ويحكي المونولوج قصة موظف بسيط أدمن الكوكايين فتحطمت حياته وتدهورت صحته وضاع ماله وطلق زوجته وتشرذ أطفاله وغنى هذا المونولوج بعده عميد المسرح العربي يوسف وهبي ونجم الكوميديا حسن فائق كما دخلت السينما الوليدة المعركة وقدمت فيلم الكوكايين عام ١٩٣٠م ثم توالى إنتاج أفلام أكثرها يتسم بالسطحية وأقلها عالج المشكلة بموضوعية .

ومن أهم الدراسات التي قدمت في هذه الفترة دراسة عن «الإدمان على المخدرات أخطاره وأسبابه ووسائل القضاء عليه» قام بإعدادها الأستاذ محمد بنخيت الملاح وأصدرها في كتاب عام ١٩٣٧م، واستعرض الملاح الآراء المنتشرة في الغرب آنذاك التي ترى أن سبب تعاطي المخدرات والمسكرات يعود إلى الرغبة في تنبيه وتنشيط القوى وأن الإنسان في بحث دائم منذ العصور الأولى عن منبه لقواه، ويفسر بول جيد تلك الرغبة بقوله، «إن الإنسان وقد عجز عن إطالة حياته يريد على الأقل أن يزيد من حرارتها» ولم يأخذ الدكتور الملاح بهذا الرأي ورأى أن الميل إلى المخدرات مرض اجتماعي سببه البؤس والفاقة والفراغ والمدنية الحديثة والرغبة في علاج بعض الأمراض بالإضافة إلى الرغبة في العب من ملذات الحياة واعترف الملاح بأن النقص العقلي يهيئ بعض الأفراد لتعاطي المخدرات .

وطالب الملاح باستخدام دور السينما والتعليم والعيادة في الدعاية ضد تعاطي المخدرات لما في ذلك من فوائد جلييلة في منع انتشارها وأن يقوم

بنشر الدعاية خبراء كما ركزت على ذلك بحق عصبة الأمم وأن تتخذ غاية الحيلة في أسلوب الدعاية وإلا كانت له نتيجة عكسية هي إثارة فضول الناس وإغراؤهم على تذوق المخدرات .

وواضح في هذه المرحلة أن الجهاز الأمني هو الذي تولى توجيه وقيادة الأجهزة الأخرى من مؤسسات تربوية واجتماعية وصحية من أجل الحد من انتشار المخدرات .

٢ . ١ . ٣ مرحلة هيئة الأمم المتحدة (من عام ١٩٤٥ حتى الآن)

جاءت أول إشارة لبرامج تستهدف خفض الطلب في نص المادة ٣٨ من الاتفاقية الوحيدة لعام ١٩٦١م التي طلبت من الدول الأطراف أن تنظر باهتمام خاص باتخاذ التدابير اللازمة لتزويد مدمني المخدرات بالعلاج الطبي والعناية والتأهيل ، كما اتخذ مؤتمر الأمم المتحدة لاعتماد الاتفاقية الوحيدة في ٢٥ مارس ١٩٦١م قراراً يشير إلى أحكام المادة ٣٨ ويعلن أن معالجة المدمنين في المستشفيات في جو خال من المخدرات هو من أنجح وسائل المكافحة ويحث الدول الأطراف على توفير هذه المرافق إذا ما سمحت مواردها الاقتصادية بذلك . ثم جاءت اتفاقية المؤثرات العقلية عام ١٩٧١م وكانت أكثر اهتماماً ببرامج خفض الطلب وأوجبت على الدول الاعتناء واتخاذ كل الاحتياطات العلمية لمنع سوء استعمال المؤثرات العقلية واكتشاف ذلك في وقت مبكر وعلاجه بالتوجيه والتعليم والرعاية الاجتماعية كما نصت على أن تقوم الدول الأطراف باتخاذ إجراءات علاجية وثقافية ورعاية وإعادة تأهيل بالنسبة للمتعاطين كبديل للعقوبات السالبة للحرية أو بالإضافة لها . وجاء بروتوكول ١٩٧٢م ، المعدل للاتفاقية الوحيدة لعام ١٩٦١م لكي يعكس نظرة المجتمع الدولي الجديدة للمتعاطين

وأنه أصبح ينظر لهم لا كمجرمين فحسب بل أيضاً كأشخاص مرضى في حاجة لإخضاعهم لإجراءات العلاج والتعليم والتأهيل والرعاية الاجتماعية ، وظهر تأكيد البروتوكول على الاتجاه الجديد الذي يخلص في أنه يجب ألا يتجه الجهد فقط للتأثير في عرض المواد المخدرة بل يجب أن يؤثر وبنفس القدر في الطلب عليها ، ظهر هذا التأكيد في القرار الذي اتخذه مؤتمر الأمم المتحدة للنظر في التعديلات بتاريخ ٢٤ مارس ١٩٧٢م حيث أوصى القرار الدول الأطراف بأن تضع في اعتبارها أن إدمان المخدرات غالباً ما يكون نتيجة لجو اجتماعي فاسد . وأن على الدول أن تستحدث أنشطة للترفيه وغيره تؤدي إلى المحافظة على صحة الشبان البدنية والنفسية ، بالإضافة إلى ذلك ضمنت اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨م ، أحكاماً تهدف إلى تقليص عدد المتعاطين ثم ظهر مصطلح خفض الطلب في المخطط الشامل وبرنامج العمل العالمي الذي اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الخاصة السابعة عشرة (فبراير ١٩٩٠م) وأصبح بعد ذلك بنداً ثابتاً في كثير من المؤتمرات والندوات واللجان الدولية التي ناقشت مشكلة المخدرات مؤكداً إلغاء الخطوط الفاصلة بين الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل بعد إدماجها في سلسلة من الحلقات المتصلة من أنشطة خفض الطلب .

وكشفت المناقشات التي دارت في الدورة السابعة والثلاثين للجنة المخدرات (أبريل ١٩٩٤م) عن اتجاه يطالب بإعداد اتفاقية دولية لتقنين تدابير وإجراءات خفض الطلب أسوة بتدابير خفض العرض المنصوص عليها في الاتفاقيات الثلاث المترابطة المتلازمة (اتفاقية ١٩٦١م وعدد الدول الأطراف فيها ١٨٦ دولة ، وعدد الدول الأطراف في اتفاقية ١٩٦١م حسب صيغتها المعدلة ببروتوكول ١٩٧٢م ١٨٣ دولة ، اتفاقية ١٩٧١م وعدد الدول

الأطراف فيها ١٨٣ دولة، اتفاقية ١٩٨٨م وعدد الدول الأطراف فيها ١٨٢ دولة)، ولكن اللجنة رأت بحق أن خفض الطلب ميدان لا يجدي فيه التقنين، لأنه يهدف إلى تغيير مواقف الأفراد تجاه إساءة استخدام المخدرات وهي مسألة تتطلب معالجة مختلفة من دولة إلى أخرى حسب الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية والقانونية السائدة الأمر الذي يتطلب وضع إعلان دولي يجمع المبادئ التوجيهية لخفض الطلب.

ورأت اللجنة استناداً إلى عدم وجود اعتماد مالي لعقد مؤتمر دولي عقد دورة استثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة لمدة ثلاثة أيام لاعتماد هذا الإعلان، وأهل الجمعية للقيام بهذا الدور أنها أكثر أجهزة هيئة الأمم المتحدة ديمقراطية وتمثيلاً. وإن كان البعض يسميها هايد بارك الشعوب لأن قراراتها تنفذ طوعاً واختياراً لا جبراً ولا إكراهاً وإذا أرادت تنفيذ هذه القرارات وجب عليها رفع الأمر إلى مجلس الأمن حيث تموت الديمقراطية تحت ضغط استخدام الدول الخمس الدائمة العضوية لحق الفيتو أو النقض.

وعقدت الدورة الاستثنائية العشرين في شهر يونيو عام ١٩٩٨م، وأقرت إستراتيجية عالمية لمكافحة المخدرات عمادها إعلان سياسي وإعلان خاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب، وتدابير تعزيز التعاون على جميع الأصعدة بما في ذلك: خطة عمل لمكافحة صنع المنشطات الأمفيتامينية وسلائفها والاتجار فيها وتعاطيها على نحو غير مشروع، وتدابير لمراقبة السلائف المستخدمة في تشييد المؤثرات العقلية ومراقبة الكيماويات المستخدمة في صنع المخدرات، وتدابير لتعزيز التعاون القضائي والأمني، وخطة عمل بشأن التعاون الدولي على إبادة المحاصيل المخدرة غير المشروعة من جهة وبشأن التنمية البديلة من ناحية أخرى وتدابير لمكافحة غسل الأموال. والمفروض أن تحقق الإستراتيجية هدفها النهائي عام ٢٠٠٨م

بالقضاء على مشكلة المخدرات إنتاجاً وتهريباً وترويجاً وتعاطياً وغسلاً للأموال المتأتية منها أو على الأقل تحقيق نتائج قابلة للقياس تشير اننا نسير في الطريق الصحيح لتحقيق الهدف النهائي . ولكن عام ٢٠٠٨ مردون تحقيق هذا الهدف رغم الجهود المشكورة التي بذلت من أجل هذه الغاية .

وهذه الإستراتيجية تتطلب تنفيذها تعاوناً بين جميع الدول والمنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية والجهود الرسمية والتطوعية من أجل تحقيق الهدف النهائي ويتولى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومكاتبه الإقليمية التنسيق بين هذه الجهود وعرض ثمرتها على لجنة المخدرات (٢٠٠١م، ٢٠٠٣م، ٢٠٠٥م، ٢٠٠٧م، ٢٠٠٨م) . وتتولى لجنة المخدرات عرضها على الجمعية العامة للأمم المتحدة عامي ٢٠٠٣م، ٢٠٠٨م . وقد عرض هذا العام التقرير الإثناسنوي الأخير على لجنة المخدرات عرض على الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثالثة والستين .

والجدير بالذكر أن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات أولت موضوع خفض الطلب ما هو جدير به من عناية وإهتمام ففي تقريرها عام ٢٠٠٧م الصادر في مارس ٢٠٠٨م بينت الأساس القانوني لتدابير خفض الطلب هو المادة ٣٨ من اتفاقية ١٩٦١م المعدلة ببرتوكول ١٩٧٢م التي تطالب الدول الأطراف بإتخاذ كل التدابير الممكنة عملياً من أجل منع تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية ومعرفة الأشخاص المتورطين في ذلك في وقت مبكر وعلاجهم وتعليميهم ومتابع رعايتهم وتأهيلهم اجتماعياً لكي يعودوا للمجتمع أفراداً أسوياء قادرين على البذل والعطاء، الفقرة الرابعة من المادة ١٤ من اتفاقية ١٩٨٨م التي تطالب الدول الأطراف بإتخاذ مآتراه ملائماً من التدابير للقضاء على الطلب غير المشروع على المخدرات والمؤثرات

العقلية أو التخفيف منه ، وأن يكون ذلك من أجل التخفيف من معاناة البشرية والقضاء على الحوافز المالية للاتجار غير المشروع (الهيئة، ٢٠٠٨م، ص ٦٠).

وفي تقريرها عام ١٩٩٣م أكدت أهمية خفض الطلب بصفته عنصراً أساسياً في الجهود المبذولة من أجل مكافحة تعاطي المخدرات ، وشددت الهيئة في تقريرها عام ١٩٩٧م على أن توفير تدابير بديلة في مجال العلاج والتأهيل إضافة إلى فرض غرامات أو إصدار عقوبات سالبة للحرية أو عوضاً عنها يمكن أن يكون أداة مفيدة في تقليص تعاطي المخدرات .

ولاحظت الهيئة في تقريرها عام ١٩٩٧م أن بعض جوانب الثقافة الشعبية وخاصة الموسيقى تروج لأنماط من العيش يستحسن فيها تعاطي المخدرات كما أن الإنترنت يثري رسائل تروج لتعاطي المخدرات وأضيف هنا أن بعض الأغاني الماجنة والأفلام الخليعة تشجع على هذا التعاطي ، وكثيراً ما يطلق المنتجون على أفلامهم أسماء تشجع على تعاطي المخدرات مثل الفيلم التلفزيوني المصري (القتل اللذيذ) الذي يبعث رسالة مؤداها أن تعاطي المخدرات يقتل المتعاطي ولكنه قتل لذيد يحدث بعد السقوط في غيبوبة الجرعة الزائدة وفي نفس السياق انتشرت في الأون الأخيرة جماعة مشبوهة تطلق على نفسها (محبى الموت) أو (نادي الانتحار) تدعو بجميع الوسائل كالإنترنت والبريد الإلكتروني والهواتف المحمولة والبرقيات البريدية للانتحار الجماعي عبر نوادي الإنترنت ، وقد بدأت الجماعة في أوروبا ثم انتقلت إلى آسيا وتركز الآن على عالمنا الإسلامي ورفعت شعاراً إسلامياً هو (الضرورات تبيح المحظورات) إفتراء على الشريعة الإسلامية الغراء التي تدعو إلى عدم قتل النفس إلا بالحق كما أن الانتحار محرم في

الإسلام تحريماً تاماً لأن الحياة في الإسلام لها قدسيته وإحترامها ولا يجوز للإنسان أن يقتل نفسه لأن ذلك كفر صريح وشرك واضح وإعترض على أمر الله وتدخل في قضائه وقدرته وعلمه (الإهرام المصرية الصفحة الدينية، العدد ٢٤٤٣١٤ الصادر في ٤/٤/٢٠٠٨م، ص ١٧) وقد نشرت الإهرام صورة لجلسة من جلسات نوادي الانتحار وظهر أعضاء النادي وهم يتعاطون المكيفات في دعوة فاضحة للموت اللذيذ.

وبينت الهيئة في تقريرها عام ٢٠٠٤م أنه من الضروري لكي تنجح الحكومات في خفض تعاطي المخدرات أن تنفذ سياسات لخفض كل من العرض والطلب في آن واحد.

وأكدت الهيئة في تقريرها عام ٢٠٠٧م على الإعلان الخاص بمبادئ خفض الطلب وضرورة إقامة شراكة بين كل الجهات المعنية بخفض الطلب على الصعيدين الوطني والمحلي وتكثيف النهج لكي تلائم فئات مستهدفة وخصوصاً الشباب وأنه لكي تنجح هذه النهج لابد من صحة المعلومات المجموعة وموثوقيتها (الهيئة، ٢٠٠٨م، ص ٦١).

وعلى المستوى العربي أنشئ المكتب الدائم لشؤون المخدرات تابعاً للأمانة العامة لجامعة الدول العربية عام ١٩٥٠م، ثم كانت المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي ضد الجريمة عام ١٩٦٠م التي ضمت المكتب العربي لشؤون المخدرات والمكتب العربي للشرطة الجنائية والمكتب العربي لمكافحة الجريمة وفي تطور لاحق حل مجلس وزراء الداخلية العرب، عام ١٩٨٠م محل المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي ضد الجريمة.

ويرجع الفضل للمكتب العربي لشؤون المخدرات في توجيه نظر الدول العربية لأهمية التدابير والإجراءات الواجب اتخاذها لتقليص عدد متعاطي

المخدرات ثم جاء الإنجاز الرائع لمجلس وزراء الداخلية العرب بجهازه العلمي (جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية) والتنفيذي (الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب)، الذي تمثل في الإستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية التي أقرها المجلس في دور انعقاده الخامس بتونس بقرار رقم ٧٢ المؤرخ ٢/١٢/١٩٨٦م والتي نصت على أن برامج خفض الطلب جزء أساسي في الإستراتيجية، وأن السياسة المحلية لأي دولة يجب أن تنفذها الأجهزة الأمنية والأجهزة المعنية الحكومية التي تعمل في المجال التربوي والاجتماعي والصحي، وأن ذلك يتطلب تشكيل لجنة وطنية على أعلى مستوى من جميع الأجهزة المعنية بالمشكلة، وأن السياسة المحلية يجب أن تتضمن برامج للوقاية بتنمية الشعور الديني والوطني، واعتبار التوعية جزءاً من برامج التعليم وبرامج الوعظ والإرشاد والاهتمام بدور الخدمة الاجتماعية في حل المشكلات، وتشجيع الجمعيات الخاصة على القيام بدور فعال في مجال التوعية وعلاج المدمنين كما نصت الإستراتيجية على تبني التدابير الحديثة لعلاج المدمنين وأكدت الإستراتيجية على ضرورة تقييم برامج العلاج.

وعلى المستوى الوطني توجد في كل دولة إستراتيجية وطنية لمكافحة المخدرات ومجلس قومي أو لجنة وطنية للتنسيق بين جهود الأجهزة الحكومية والتطوعية العاملة في مجالات المشكلة المختلفة وتوجيهها كما يوجد في كل دولة نشاط مكثف وجهود متوازنة للتأثير في العرض والطلب وتستقبل جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية زواراً من طلبة المدارس والجامعات لمشاهدة معرض المخدرات والمؤثرات العقلية، وتعدد دورات لتدريب مرشدي وموجهي المدارس كذلك تفعل أجهزة مكافحة المخدرات في الدول العربية ومكتب التربية العربي لدول الخليج الذي ترجم ونشر كتاب المعلم

في مواجهة المخدرات لجون أدى الذي يركز على «أن المعلم الكفاء هو الذي يغرس القيم الطيبة والمبادئ المستقيمة في نفوس طلابه وهو الذي يهتم بمشكلاتهم التي تعترض حياتهم وتعرقل مسيرتهم التعليمية وتهدد مستقبلهم ومستقبل أمتهم ومجتمعهم من بعدهم ، وليس أخطر من مشكلة المخدرات اليوم ، يدعو الكتاب إلى أن يقوم المجتمع بكل طوائفه وأفراده ومؤسساته ووكالاته بدور في حماية المجتمع من خطر المخدرات ويهتم بإنشاء شبكة من العلاقات التعاونية الطيبة بين ضباط الشرطة والمرشدين الاجتماعيين والإداريين والأساتذة والمدرسين والآباء والأمهات وأولياء الأمور من أجل الوقاية أولاً والعلاج والمنع فيما بينها (إدي ١٩٩١ ، ص ٧ إلى نهاية الكتاب) .

وإذا انتقلنا من التعميم إلى التخصيص وضرربنا مثلاً بدولة من دول الخليج العربي التي عانت من مشكلة المخدرات بعد الطفرة البترولية التي حدثت في عقد السبعينيات وإن كان ذلك لا يعني أن دول الخليج كانت خالية من المخدرات قبل الطفرة بل كان فيها تعاطي محدود لعقار مخدر أو أكثر. وقد اخترت المملكة العربية السعودية باعتبارها أكبر دول الخليج العربي مساحة وأكثرها في عدد للسكان والمقيمين فضلاً عن كونها قبلة المسلمين يأتون إليها من كل فج عميق ومن مختلف أنحاء العالم لأداء مناسك الحج أو العمرة فهي أرض الحرمين الشريفين حيث الكعبة المشرفة بمكة المكرمة والمسجد النبوي الشريف بالمدينة المنورة .

بدأت مكافحة المخدرات كما قال صاحب السمو الملكي الأمير محمد بن نايف بن عبدالعزيز «مساعد وزير الداخلية السعودي» منذ توحيد البلاد على يد المؤسس الملك عبدالعزيز طيب الله ثراه بهدف إبعاد أفراد المجتمع

السعودي عن أخطارها المحدقة بهم وحماية أبنائها من الوقوع في شركها (مجلة الحماية الإنسانية، العدد ١٠٩ - السنة رقم ١١ - نوفمبر ٢٠٠٨م، ص ٩)، ثم توالى القرارات في عهد الملك فيصل بن عبدالعزيز والملك خالد ابن عبدالعزيز والملك فهد بن عبدالعزيز رحمهم الله . وحتى عام ١٤٢٦هـ كان يحكم مكافحة المخدرات نظام يتكون أساساً من الأمر السامي رقم ٤/ب/ ٩٦٦ وتاريخ ١٠/٧/١٤٠٧هـ والذي يتضمن قرار هيئة كبار العلماء رقم ١٣٨ وتاريخ ٢٠/٦/١٤٠٧هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم ١١ عام ١٣٧٤هـ، بالإضافة إلى أنظمة وقرارات أخرى . واتسم نظام المكافحة بالشدة في معاملة المهرب والمستورد والمستقبل والمروج وبالرحمة في مواجهة المتعاطي .

ثم صدر النظام الجديد لمكافحة المخدرات في عهد خادم الحرمين الشريفين الملك عبدالله بن عبدالعزيز حفظه الله بموجب المرسوم الملكي رقم ٣٩/٢ وتاريخ ٨/٧/١٤٢٦هـ، وركز النظام على الجانب الإنساني والنفس لمرتكبي جرائم تعاطي المخدرات .

وعادة ما يسبق صدور أنظمة مكافحة المخدرات إنشاء الأجهزة المتخصصة في مكافحة جرائم المخدرات ، وإنشاء الجهاز المتخصص يعطي دلالة على أن تعاطي المخدرات في بلد قد أصبح مشكلة وقد عبر عن ذلك أصدق تعبير أمين عام مجلس الوزراء السعودي الذي كتب في مجلة المكافحة «كنت حتى حين أظن أن محنة المخدرات شأن خارجي لا شأن لبلادنا به . . . ويشهد مجتمعنا تدفقاً غير مسبوق من البشريؤ مونه إما للعبادة أو العمل أو السياحة وغير ذلك . . . وبدأنا سباقاً محموماً نلاحق المتخلفين والمتسربين والهاربين والمهربين والمزورين والمتحرفين أخلاقياً حماية لثوابتنا

ودرءاً لأذاهم . . . وما كان بالأمس يعتبر عورات يختص بها هذا المجتمع أو ذاك باتت بعض تلك العورات تشاركنا الأنفاس في عقد دارنا وفي مقدمتها أم الكبائر المخدرات وغدا التصدي لها جهاداً مقدساً (السدحان، ١٤٢٨هـ ص ٥٠).

وكان نواة إنشاء جهاز مكافحة المخدرات السعودية قسماً تابعاً للمباحث العامة عام ١٣٨٠م، ومارس القسم عملة من خلال مكنتين الأول في المنطقة الغربية والآخر في المنطقة الشرقية، وفي عام ١٣٨٢م رفع مستوى القسم إلى شعبة، وفي عام ١٣٩١م انفصلت الشعبة عن المباحث العامة ونقلت تبعيتها إلى مديرية الأمن العام ثم أصبحت إدارة عامة مركزية في عام ١٣٩٥م، وفي ٨ / ١ / ١٣٩٨هـ انفصلت الإدارة عن الأمن العام وارتبطت بصاحب السمو الملكي نائب وزير الداخلية ثم أعيدت مرة أخرى إلى الأمن العام في ١ / ١٠ / ١٤٠٨هـ، وفي النصف الثاني من عام ١٤٢٨هـ انفصلت الإدارة العامة لمكافحة المخدرات عن مصلحة الأمن العام وأصبحت مديرية عامة اسمها المديرية العامة لمكافحة المخدرات وللمديرية العامة أكثر من ٩٠ إدارة وشعبة وقسماً ووحدة تغطي مناطق المملكة ومناقصها الشرعية البرية والبحرية والجوية ولها مكاتب اتصال في بعض الدول التي تعد مصدراً للمخدرات التي تهرب إليها أو التي تعبرها المخدرات في طريقها إلى المملكة والمديرية العامة تستخدم أحدث التقنيات الحديثة من وسائل اتصال وانتقال وحوسبة معلومات وتؤمن بالتعاون المحلي والخليجي والعربي والدولي ولها شبكة اتصال هائلة فضلاً عن اهتمامها بالتدريب سواء في الداخل أو الخارج. والمديرية العامة لمكافحة المخدرات تشارك الجهات المعنية كوزارة الصحة ممثلة بمجمعات الأمل للصحة النفسية، واللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات ووزارة التربية والتعليم ومصلحة

الجمارك والمديرية العامة لحرس الحدود وهذه الجهات تعمل كما قال اللواء عثمان المحرج مدير عام المديرية العامة جنبا إلى جنب مع أجهزة مكافحة بهدف خفض الطلب على المخدرات (مجلة الحماية الإنسانية، العدد ١٩ - نوفمبر ٢٠٠٨م، ص ١٢).

وقد أشاد نائب رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في حديث له إلى صحيفة الرياض (صحيفة الرياض، العدد ١٠٥٢٨ المؤرخ ١٤/١٢/١٧هـ) بمناسبة صدور تقرير الهيئة لعام ١٩٩٦م بالجهود التي تبذلها المملكة للحد من انتشار المخدرات وحماية الشباب من خطر الإدمان عليها وأوضح النائب في حديثه أن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات من أكفأ أجهزة مكافحة المخدرات في العالم وأن السعودية من الدول التي توجد بها مؤسسة علاجية متقدمة وبرامج وقائية متطورة لخفض الطلب على المخدرات (المكافحة، ١٩٩٧م، العدد العاشر الصادر في يونيو، ص ٥).

والجدير بالذكر أن مستشفيات الأمل المتخصصة في علاج المدمنين أنشئت في ١٩/١/١٤٠٣هـ في المدن الرئيسية التالية: الرياض، جدة، الدمام، وتم تزويدها بأحدث ما توصل إليه العلم من تجهيزات والحقق بها نخبة من الخبراء المتخصصين، وتحتوي تلك المستشفيات بالإضافة إلى الأقسام الداخلية وخاصة قسم علاج النساء عيادات خارجية ووحدة للرعاية اللاحقة ومرافق للخدمات العامة وقاعة للمحاضرات وصلات للألعاب الرياضية ومكتبة (الضحيان، ١٤١٧هـ، ص ٢٢). وتم تطوير علاج الإدمان بمستشفيات الأمل وأقسام علاج الأمراض النفسية كما سمح للقطاع الخاص بفتح مستشفيات نفسية أهلية تشارك في علاج المدمنين وفق ضوابط معينة منها خضوعها لرقابة إدارة الخدمات النفسية والاجتماعية بوزارة الصحة

وربط المستشفيات الخاصة بأقرب مستشفى للأمل ويأتي ذلك تأكيداً لما جاء في كلمة صاحب السمو الملكي الأمير محمد بن نايف بن عبدالعزيز في المنتدى الخاص بالمتعافين من إدمان المخدرات (٢٦ يونيو ٢٠٠٨م) والذي طالب فيها بالمشاركة المجتمعية من مؤسسات تربوية ودينية وإعلامية وكذلك القطاع الخاص في العمل من أجل وقاية المجتمع وأفراده من سموم المخدرات (مجلة الحماية المدنية، العدد ١٠٩، ص ٩).

ويطالب البعض بالاهتمام ببرامج الرعاية اللاحقة إذ أن نجاح علاج المدمنين وعدم انتكاستهم بنسبة كبيرة لا يتحقق إلا إذا كان البرنامج العلاجي شاملاً للعلاج الطبي والمعرفي والسلوكي والتأهيل نفسياً أو اجتماعياً من خلال برامج الرعاية اللاحقة (الغيث، ١٤٢٨هـ ص ٢٠).

وأخيراً فإن انشاء آلية لتنسيق الجهود المبذولة في مجال خفض الطلب على العقاقير وعرضها إما أن يكون تنفيذاً لاستراتيجية دولية أو عربية أو اقليمية أو وطنية أو فرضته متغيرات في مجال المشكلة مثل زيادة حجم المشكلة وتعدد الأجهزة المعنية بها وأزدواج في الجهود المبذولة أو عدم توازنها. ويعني ذلك أنه عندما صدرت موافقة وزير الداخلية السعودي في ١٦ صفر ١٤٠٥هـ بتكوين اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات برئاسة الرئيس العام لرعاية الشباب وعضوية خمسة وزراء من الجهات المختلفة ذات العلاقة بالاضافة إلى عدد من المندوبين من الجهات المعنية الأخرى كانت من أجل العمل على تضافر مزيد من الجهود الحكومية والأهلية لمكافحة الإدمان ولإعطاء تلك الجهود مزيداً من سهولة الحركة والمرونة. ونجحت اللجنة في تنفيذ المزيد من البرامج التوعوية وخاصة الموجهة للنساء من منسوبات الرئاسة العامة لتعليم البنات من موجهاً ومشرفات اجتماعيات اضافة

إلى منسوبات الجامعة وذلك بالتعاون مع جامعة الملك سعود وجامعة الملك عبدالعزيز بجدة وجامعة الملك فيصل بالدمام بالإضافة إلى القاء المحاضرات وعقد الندوات في الجامعات والمدارس وطباعة النشرات وتوزيعها في المناسبات الرياضية والثقافية وإنتاج برامج إذاعية وتلفزيونية وإقامة مسابقات ثقافية وإقامة المعارض والاشتراك في اللقاءات والمؤتمرات العربية والدولية التي تتناول مشكلة المخدرات .

وبتاريخ ١٤٢٧/٧/٦ هـ صدر قرار مجلس الوزراء السعودي رقم ١٦٠ بتفعيل دور اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات في مجال مكافحة المخدرات بشكل عام وفي جانب التوعية الوقائية والدعم الذاتي بشكل خاص ولكي يكون لها دور تنسيقي على أعمال الأجهزة المعنية بالمكافحة بما في ذلك الجانب الأمني مع احتفاظها بأداء الأنشطة والبرامج في مجال التعليم والتوعية وبرامج الدعم الذاتي للمتعافين إلى جانب الأجهزة المعنية وتم تشكيل اللجنة من وزير الداخلية رئيساً وعضوية الرئيس العام لرعاية الشباب ، ومساعد وزير الداخلية للشئون الأمنية ، ووزراء الشئون الاجتماعية ، والتربية والتعليم ، والصحة ، والثقافة والإعلام ، ومدير عام مصلحة الجمارك ، ورئيس اللجنة التحضيرية للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات ، وثلاثة أعضاء يختارون لذواتهم ويعينون بقرار من مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات بناء على ترشيح رئيس اللجنة على أن يمثلوا مؤسسات القطاع الخاص ومؤسسات المجتمع المدني بالإضافة إلى أمين عام اللجنة الوطنية مقررأً .

ومن أهم اختصاصات اللجنة الوطنية رسم السياسة الوطنية في مجال مكافحة المخدرات وتحديد الأولويات من خلال إعداد استراتيجية سنوية

لتوجيه الجهود الوطنية للمكافحة وكذا دعوة المؤسسات والجمعيات الأهلية العاملة في المجتمع للمشاركة مع اللجنة في وضع تصور للسياسات والاستراتيجيات المتعلقة بمكافحة المخدرات وتحفيزها على ممارسة أدوار محددة في مجالات: التوعية والتعليم الوقائي، العلاج والتأهيل، والدعم الذاتي أو أي أدوار أخرى ترى اللجنة أنها يمكن أن توكل اليهم، وتقويم النشاطات والجهود التي تبذلها الأجهزة المختصة من أجل تعديل مسار الخطط المرسومة، وضع الأطر والمعايير للمجالات التي يمكن للمؤسسات المجتمع المدني أن تشارك فيها دعماً لأنشطة وبرامج مكافحة المخدرات، دراسة وتقويم الطرق المتبعة في علاج المدمنين وتأهيلهم بهدف الوصول إلى أفضل الطرق، وتوفير التجهيزات التقنية الحديثة لتسهيل عملية التنسيق بين اللجنة الوطنية ومراكز العلاج والتأهيل.

وهكذا أتمم قرار تشكيل اللجنة مكاناً قيماً للمؤسسات المجتمع المدني والجمعيات الأهلية والقطاع الخاص للمساهمة في وضع استراتيجية خفض الطلب على المخدرات والمشاركة في تنفيذها فضلاً عن انشاء القرار لصندوق خيري لدعم المدمنين وأسرههم.

وفي هذا السياق جاء في حديث صاحب السمو الملكي الأمير نايف بن عبدالعزيز وزير الداخلية إلى مجلة المكافحة بعد ترأسه اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات أن المجتمع بأسره مطالب بالقيام بدوره في مكافحة المخدرات ذلك أن العمل في هذا المجال لا ينطلق من المسؤولية العملية فقط ولكن أيضاً من منطلقات دينية ووطنية تحتم على الجميع التكاتف والتعاقد لحماية المجتمع من التأثيرات السلبية التي تهدد مكونات المجتمع الدينية والاقتصادية والاجتماعية والفكرية والأمنية ودعا الرئيس الجميع علماء

ومشائخ ورجال دعوة واساتذة وإعلاميين أن يشاركوا ويساهموا في مجال التوعية بأضرار المخدرات من أجل الحفاظ على المكتسبات الوطنية وفي مقدمتها الرفاهية الأمنية والاقتصادية (مجلة المكافحة، العدد ٥٢ الصادر في رجب ١٤٢٨هـ، ص ٦-٩).

والجدير بالذكر أن المملكة العربية السعودية تستضيف في عاصمتها الرياض جهازين اقليميين معنيين بالمخدرات الأول جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الجهاز العلمي لمجلس وزراء الداخلية العرب والثاني المكتب الاقليمي لمنظمة الجمارك العالمية وهو خاص بتبادل المعلومات بين دول الشرق الأوسط وبين المكتب والمنظمة وقد انشئ المكتب بعد موافقة خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبدالعزيز -تغمده الله برحمته- وذلك خلال جلسة مجلس الوزراء التي عقدت في ١٧ / ٢ / ١٤١٨هـ. ويرتبط المكتب بمقر المنظمة في بروكسل عن طريق شبكة الحاسب الآلي (مجلة الجمارك، العدد الثالث عشر، الصادر في ربيع الثاني ١٤١٨هـ).

٢ . ٢ أنشطة خفض الطلب وشروط تنفيذها

وإذا كان خفض الطلب يستند أساساً إلى المبدأ الذي نؤمن به جميعاً وهو «الوقاية خير من العلاج» فإن نطاق خفض الطلب كان من الممكن أن يكون مقتصرأ على إقناع الناس بعدم البدء في تعاطي المخدرات ولكن ماذا نفعل فيمن أوقعهم سوء الحظ في دائرة التعاطي . . إذا يجب أن يمتد نطاق خفض الطلب فيشمل مساعدة متعاطي المخدرات على الخروج من هوة الإدمان والعودة إلى المجتمع مواطنين صالحين قادرين على البذل والعطاء . ليس هذا فقط بل ان الأمر غير مقتصر على منع الناس من تعاطي المخدرات ومساعدة المتعاطين على العودة إلى مجتمعهم بل يجب أن يمتد نطاق خفض

الطلب لمعالجة الأخطار والأضرار التي سببها التعاطي في غير المتعاطي ، في أسرته ، في مجتمعه المحلي الذي يعيش فيه ، فالناس بما فيهم المتعاطون كائنات اجتماعية ولا يمكن عزلهم عن بيئتهم الاجتماعية الثقافية فهم يؤثرون فيها ويتأثرون بها .

وأهم أنشطة خفض الطلب هي التوعية ، وهي تتم باستخدام الإعلام والتعليم ، وتستخدم الحملات الإعلامية العامة على نطاق واسع للغاية ، ويمكن لها أن تبين للناس الجهة التي يستطيعون الحصول منها على المعلومات والمساعدة والنصح كما يمكن أن تعرف الجمهور أن المتعاطي في حاجة إلى خدماتهم كل في مجال تخصصه . والثابت أن الحملات الإعلامية يمكن أن تأتي بنتائج عكسية وخاصة إذا كانت الرسالة غير صادقة أو قائمة على أساس التخويف فقط أو آتية من مصدر لا يتمتع بالمصداقية ومن ثم فمن الأهمية بمكان أن يقدم الرسالة شخص يتمتع بمكانة خاصة لدى الجمهور مثل أبطال الرياضة أو نجوم الفن أو المميزين في مزاوله مهنتهم شريطة أن يكونوا من ذوي السيرة الطيبة ، وينبغي التشديد على منافع عدم تعاطي المخدرات بقدر التركيز على عواقب التعاطي الضارة كما يجب أن تكون الرسالة وثيقة الصلة بالجمهور المتلقي ، ومن ثم يجب تكييف كل رسالة وتعميمها بحيث تتناسب مع الجمهور الموجه له .

والتوعية باستخدام التعليم تهدف إلى تطوير الملكات الذهنية والفكرية بانتظام سعياً وراء تشكيل تقدير إيجابي أخلاقي للموقف والقيم والمعتقدات يؤثر في النهاية في السلوك الفعلي . وأكثر البرامج فاعلية هي البرامج الطويلة الأجل والشاملة والمضمنة داخل المواد التي تدرس للطلبة مثل مواد العلوم أو الأحياء أو الاجتماع أو التربية الدينية أو البرامج المعنية بأساليب الحياة الصحية . وعلى الرغم من أن المبادئ والطرق المتبعة في البرامج المقدمة في المدارس قابلة للتعميم إلا أنه يجب تكييف كل برنامج

لكي يناسب ما للتلاميذ من احتياجات وظروف معينة ومحيط اجتماعي محدد. كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار الحالات التي يكون فيها معدل التسرب من المدارس مرتفعاً وكذا الحالات التي لا يكون في المدرسة تعليم حقيقي، والوصول إلى المتسربين أو فاقدى الخدمة التعليمية الحقيقية من خلال المساجد ودور العبادة أو النوادي أو أماكن التجمعات.

وبالإضافة إلى التوعية هناك أشكال عديدة من الخدمات التي تقدم لمتعاطي المخدرات يمكن إدماجها في برنامج واسع متعدد الأنشطة بحيث ينتقل المتعاطي من نشاط إلى نشاط حتى يبرأ من دائه ولا يتركس مرة أخرى. ومن هذه الأنشطة تقديم النصح والإرشاد إلى متعاطي المخدرات وذويهم، وعلاجهم وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع.

والجمهور الذي يتلقى خدمات النصح والإرشاد جمهور عريض للغاية، فالخدمات تقدم المعلومات الأساسية عن المخدرات وعن آثارها، وتقوم بتحويل طالب الخدمة إلى الجهة التي تقدمها له، كما تقدم المشورة إلى متعاطي المخدرات وأسرههم سواء معاً أو على انفراد خاصة أن الأبوين قد لا يعلمان أين يمكنهما طلب المساعدة عندما يشتبهان في أن ابنهما يتعاطى المخدرات. ولكي تنجح هذه الخدمات يجب أن تكون سهلة المنال بالإضافة إلى إحاطتها بالسرية وهو عنصر مهم للغاية ولا تتضح أهميته الا عندما تزداد ثقة طالبي الخدمات بالجهة التي تقدمها.

وخدمات العلاج متنوعة وإن كانت الهيئات الدولية المعنية بالمخدرات لا تحبذ استخدام المخدرات في العلاج حتى لو كانت مخدرات أقل ضرراً. وأفضل علاج هو العلاج الذي يشجع متعاطي المخدرات على التقدم بطلب العون أي هو العلاج الميسر الذي تتناسب نفقاته مع مقدرة المتعاطي المادية.

وأخطر ما يواجهه المتعاطي بعد شفائه هو الانتكاس وتشير الدراسات إلى أن نسبة الانتكاس في أوروبا وأمريكا الشمالية تبلغ ٨٠٪ في الثلاثة أشهر التالية لإكمال البرنامج العلاجي . . أما الدراسات في العالم العربي فلا تعترف بوجود نسبة انتكاس عالية !! ومن ثم يجب إيلاء هذه الفترة عناية خاصة .

وخدمات إعادة التأهيل هي خطوة سابقة وضرورية لإعادة الإدماج العلاجي الاجتماعي وتعني تزويد المتعاطي السابق بمهارات قابلة للتسويق من خلال أنشطة مثل فصول محو الأمية أو برامج التدريب على المهارات الشخصية والاجتماعية والمهنية .

وخدمات إعادة الإدماج تحقق الهدف النهائي من العلاج وتتطلب برامج تشارك فيها أسرة المتعاطي السابق ومجتمعه المحلي وخاصة البيئة المدرسية إذا كان طالباً أو بيئة العمل إذا كان عاملاً لكي يتقبلوا إعادة دمجه ، ويجب أن تساند هذه البرامج الإدارة السياسية بصوغ وتطبيق سياسات تساعد متعاطي المخدرات السابقين على الانخراط في المجتمع . وتنفيذ الأنشطة السابقة على نحو فعال يتطلب توفير شروط ثلاثة هي التدريب ، وتحقيق الاتصال بالأشخاص المستهدفين والمشاركة المجتمعية .

وبعد خدمات إعادة التأهيل وخروج المدمن من المصححة بعد شفائه تأتي خدمات الرعاية اللاحقة التي تقلل إلى أدنى حد ممكن من الإنتكاس وقد عمل خبراء الكتب العربي لشؤون المخدرات على تحديث وتطوير برامج الرعاية اللاحقة وذلك من خلال المعطيات التالية :

١- إنشاء مراكز متخصصة للرعاية الاجتماعية اللاحقة للمدمنين بعد علاجهم ، وتأهيلهم ، والحرص على إستقلالية هذه المراكز وعدم الخلط بينها وبين برامج تأهيل المجرمين أو الدمج بينها ، نظراً لتباين

الأسباب المؤدية لسلوك كل منها، وحرصاً على عدم التأثير سلبياً على برامج العلاج ومراحله .

٢- وضع برنامج واضح المعالم للتأهيل والرعاية اللاحقة للمدمنين بعد علاجهم ، بما يضمن إعادة تكيفهم مع المجتمع المحلي ، وإشاعة الطمأنينة والاستقرار في حياتهم ، والتركيز على الظروف التي دفعتهم إلى الإدمان ، وإعادة تدعيمهم إلى مجتمعهم أعضاء نافعين ، كما يتطلب هذا التوجه أن تكون إجراءات الرعاية اللاحقة منظمة يجري متابعتها بصورة دورية للحيلولة دون فشل التقويم والتأهيل في مراحله المختلفة .

٣- إتخاذ التدابير والإجراءات المناسبة التي تحكم العمل بهذا البرنامج ، من خلال وضع التعليمات والأنظمة التي تحدد مسارات العمل ومجالاته المختلفة .

٤- إعداد جهاز متخصص بالرعاية اللاحقة للمدمنين بعد علاجهم ، ورفده بالخبرات والكفاءات والمهارات التدريبية اللازمة في هذا المجال ، مع الأخذ بعين الاعتبار تميز هذا الجهاز بكوادره وإختصاصه ومهامه عن أجهزة الرعاية اللاحقة للمحكومين المفرج عنهم من مرتكبي الجرائم المختلفة الأخرى .

٥- تضمين الخطط الوطنية في الميادين الصحية والاجتماعية والقانونية والجنائية برامج لرعاية مدمني المخدرات بعد علاجهم وتأهيلهم ، بما يتماشى مع القوانين والأنظمة الوطنية المرعية .

٦- تشجيع إنشاء جمعيات خيرية تطوعية ، ومؤسسات المجتمع المدني متخصصة للمساهمة في إعادة تأهيل مدمني المخدرات بعد

علاجهم ، ومتابعة الإشراف عليهم ، وإعادة إدماجهم مع المجتمع ، وفي بعض الحالات المناسبة ، يمكن أن تقدم الهيئات الدينية وخصوصاً المرشدين الدينيين والأئمة والوعاظ جهوداً ومساهمات جلييلة في هذا الشأن .

٧- تقديم جميع أنواع المساعدات الممكنة لأسر المدمنين الخاضعين للرعاية والتأهيل ، من قبل الهيئات الرسمية والأهلية التطوعية ، لحمايتهم مما قد لحق بهم من ظروف مالية واجتماعية صعبة ، سعياً وراء تحقيق جميع فرص النجاح للمعالجين والحيلولة دون ظهور حالات انتكاس بينهم .

٨- وضع أسس وتدابير مناسبة لتوظيف المدمنين السابقين ، وتوسيع نطاق ومجالات تدريبهم المهني ، وتوفير فرص العمل المناسبة لهم ، وكذلك عدم إفشاء البيانات السرية للمدمنين أثناء فترات علاجهم للحيلولة دون استخدامها بأي طريقة قد تضر بفرصهم لاسترداد مكانتهم في المجتمع والعثور على عمل .

٩ دعوة المؤسسات العامة والخاصة وأصحاب العمل لإبقاء الشواغر مفتوحة للمدمنين أثناء فترة العلاج والنقاهة والتأهيل ، بما يكفل إعادتهم إلى مراكز عملهم السابقة بعد شفائهم .

١٠- مراعاة عدم وجود أثر جنائي للحكم الصادر بشأن متعاطي المخدرات الذي يستجيب للعلاج ، قد يحول دون ممارسته مهنة معينة أو إشغال وظيفة عامة .

١١- تشجيع الأندية الشبابية والرياضية ، وجمعيات متعاطي المخدرات سابقاً- إن وجدت- على الإسهام في العمل نحو إعادة تأهيل ورعاية مدمني المخدرات بعد علاجهم ، وإعادة دمجهم في المجتمع .

١٢- تعزيز التعاون بين الدول العربية لتبادل الخبرات والمعلومات المتعلقة بالرعاية اللاحقة للمدمنين بعد علاجهم ، وفقاً لما هو معمول به في كل بلد .

١٣- تشجيع المشاركة في الحلقات العلمية والدورات التدريبية التي تعقد في مجال رعاية وتأهيل المدمنين بعد علاجهم ، من قبل الهيئات العربية والدولية المتخصصة في هذا المجال .

١٤ - عقد دورات تدريبية متخصصة للعاملين في مجال الرعاية الاجتماعية اللاحقة للمدمنين بعد علاجهم ، بهدف إطلاعهم على سبل رعاية وتأهيل النزلاء من ضحايا الإدمان ، ومستجداتها ، وتطوراتها ، وتنمية مهاراتهم وقدراتهم العلمية والعملية في هذا المجال .

٢ . ٣ إعلان المبادئ التوجيهية لخفض الطلب ودليل تنفيذها

٢ . ٣ . ١ الإعلان

كان من رأي الدول المشاركة في الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة للأمم المتحدة أن تحقيق استراتيجية مكافحة المخدرات لأهدافها رهن بمشاركة النساء والرجال على قدم المساواة في صوغ السياسات والبرامج في جميع مراحلها ، ومتوقف على الاستثمار الأمثل للشباب والعمل معهم من خلال البرامج التعليمية والأنشطة الإعلامية وسائر التدابير الوقائية ، ومرتبطة بمدى توفير خدمات العلاج وإعادة التأهيل من أجل إعادة الكرامة والأمل للمدمنين وذلك كله في إطار التعاون على جميع الأصعدة الدولية والإقليمية والمحلية .

وبعد مناقشة مستفيضة لمشروع إعلان المبادئ التوجيهية الذي أوصت به لجنة المخدرات وتعديله وتنقيحه اعتمدت الدورة الخاصة للجنة المخدرات الإعلان، وفيما يلي أهم ماتضمنه من مبادئ :

١- إجراء قياس دقيق ومدى إساءة استعمال المخدرات والمشاكل المرتبطة بها لدى المتعاطين في الدولة على نحو شامل ومنهجي ومنتظم ودوري لمعرفة المستجدات واستخلاص المعارف والخبرات من الدراسات والبرامج السابقة والدراسات المقارنة لما تقوم به الدول الأخرى .

٢- أن تغطي برامج خفض الطلب جميع مراحل الوقاية ابتداء من دخول أشخاص جدد في دائرة التعاطي ومروراً بعلاج المتعاطين وإعادة تأهيلهم وانتهاء بالحد من الآثار الصحية والاجتماعية المترتبة على التعاطي .

٣- أن تركز برامج خفض الطلب على منهجية علمية لتوفير المعلومات المطلوبة وإعداد وتنفيذ تدابير التربية، والتوعية، والتدخل المبكر، والإرشاد والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة حتى لا يحدث انتكاس يعيد من عولج إلى مستنقع الإدمان وتوفير هذه الخدمات لمن يحتاج إليها .

٤- أن يعزز النهج العلمي لبرامج خفض الطلب قدرة المجتمعات المحلية على التصدي للنتائج السلبية للإدمان، وذلك بتعبئة جميع الطاقات آباء وأمهات ومعلمين وأرباب مهن وأجهزة حكومية وتجمعات شعبية من أجل ضمان استمرارية البرامج .

٥- أن تكون برامج خفض الطلب فعالة ومناسبة وفي متناول الفئات الأكثر عرضة للتعاطي وخاصة الشباب مع مراعاة الاختلافات الثقافية والاجتماعية بين الفئات المستهدفة .

- ٦- أن تتسم البرامج بالمصداقية ، وأن تتجنب الإثارة والتهويل والتهوين حتى تحظى بالثقة والقبول الأمر الذي يزيد من فعاليتها .
- ٧- الاهتمام بتدريب مقرري السياسات ومخططي البرامج ومنفذيها .
- ٨- وضع برامج ضمن نظام العدالة الجنائية لتقديم خدمات التثقيف والعلاج وإعادة التأهيل للمودعين في السجون والإصلاحات ، والعمل على استبدال العقوبة السالبة للحرية المقررة لجرائم التعاطي ببرامج العلاج والتأهيل أو إضافتها إلى العقوبة .
- ٩- أن تكون جهود خفض الطلب جزءاً من نهج أوسع في مجال السياسة الاجتماعية ، وأن تتكامل مع السياسات العامة للدولة التي تؤثر في رفاهية الناس وخاصة في الميادين الصحية والاقتصادية والاجتماعية .
- ١٠- أن تخضع هذه البرامج للمتابعة والتقييم للوقوف على أوجه الضعف والعمل على تلافيها .

٢ . ٣ . ٢ الدليل

أصدرت لجنة المخدرات في دورتها الثانية والأربعين والثالثة والأربعين قرارات تتضمن إرشادات تستعين بها الدول في تنفيذها الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات نوجزها فيما يلي :

- ١ - تطبيق الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات من أجل إعداد أو استكمال استراتيجيات وبرامج خفض الطلب واختبار ملاءمتها لتحقيق الهدف منها في موعد غايته عام ٢٠٠٣م وصولاً إلى تحقيق نتائج ملحوظة وقابلة للقياس في موعد غايته ٢٠٠٨م .

٢- تأمين التزام طويل الأمد على أعلى مستوى سياسي ممكن بضرورة تنفيذ هذه الاستراتيجيات والبرامج، وإنشاء آلية تكفل التنسيق بين جميع الأجهزة الحكومية وغير الحكومية المشاركة في تنفيذ الاستراتيجيات والبرامج.

٣- إنشاء نظام وطني لرصد مشكلة إساءة استعمال المخدرات على ضوء المؤشرات الأساسية المعترف بها إقليمياً ودولياً وصولاً إلى توفير مجموعة بيانات متوافقة مع البيانات المجموعة في باقي الدول، ووضع منهجيات لتقدير تكاليف عواقب إساءة استعمال المخدرات، وتقدير تكاليف التدابير التي تتخذها الدولة في مجال خفض الطلب وما يترتب عليها من نفع.

٤- تكوين قاعدة معلومات عن مشكلة المخدرات في الدولة، والاتصال بقواعد المعلومات في الدول والمنظمات المعنية بالمشكلة.

٥- اتخاذ اللازم للحصول على تأييد الجمهور لبرامج وخدمات خفض الطلب ومشاركتهم في وضعها وتنفيذها.

٦- تنفيذ مشاريع خاصة في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات تستهدف الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة ولاسيما أطفال الشوارع، وكذلك تنفيذ برامج تهدف إلى مكافحة استخدام الأطفال والشباب في إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية وترويجها.

٧- إنشاء شبكة وطنية تعزز الاتصال بين الشباب أكثر فئات المجتمع تعرضاً لخطر تعاطي المخدرات، وتنمية قدراتهم على مواجهة ما يعترضهم من مصاعب ووضع حلول لمنع الشباب من سلوك طريق تعاطي المخدرات.

٨- شن حملات توعية راقية ومستفيضة على جميع المستويات ، على أن تتضمن هذه الحملات تدابير تهدف إلى زيادة وعي الجمهور وفئات السكان المختلفة بأخطار تعاطي المخدرات ويجب التأكيد على نوعية ودقة المعلومات التي تقدمها وسائل الإعلام .

٩- وضع برامج لتدريب منفذي برامج خفض الطلب وخاصة الوسطاء الاجتماعيين والأشخاص العاملين في الخدمات الاجتماعية والشبابية وفي المرافق الدراسية والصحية وفي مرافق الشرطة والقضاء وأن تركز برامج التدريب على كفالة التنسيق السليم بين المنفذين على اختلاف تخصصاتهم .

١٠- القيام بحملات إعلامية فعالة ومناسبة تساعد متعاطي المخدرات وتزودهم بالمعلومات عن خدمات العلاج والتأهيل وتقديم النصح والإرشاد والرعاية اللاحقة المتاحة في الدولة .

١١- توفير خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل للمدمنين وللمسجونين الذين يسيئون استعمال المخدرات .

١٢- تنفيذ برامج وقائية وأنشطة مجتمعية ومشاريع خاصة بالعلاج وإعادة التأهيل موجهة نحو الشباب والأطفال الذين يتعاطون المخدرات ومواد التنشق .

١٣- ان تتم كل هذه الأمور في إطار التعاون بين الدولة والمنظمات الدولية وكل قطاعات المجتمع .

٢ . ٤ التقرير الخامس الإثنا سنوي في موضوع خفض الطلب

جاء هذا التقرير تنفيذاً لقرار لجنة المخدرات رقم (١٢ د ٥٠) الذي طلبت فيه من المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

في الدورة الخمسين للجنة عملاً بقرارها رقم (٤٢د١١) أن يعد تقريراً جامعاً للمعلومات التي تم استخلاصها من التقارير الإثنا سنوية الأربعة السابقة ومن المعلومات التكميلية والمعلومات التي يتم الحصول عليها في الفقرة الخامسة وذلك لعرضه على لجنة المخدرات في دورتها الحادية والخمسين، ومن الدول العربية التي شاركت في تقديم المعلومات ضمن ١٠٨ دولة أجابت على الاستبيان المتعلق بفترة الإبلاغ الخامسة والنهائية والمحدد لها ٣٠ يونيو ٢٠٠٧م ولكنها استمرت حتى ٦ نوفمبر ٢٠٠٧م الدول التالية الأردن، الإمارات العربية المتحدة، تونس، الجزائر، السودان، الجمهورية العربية السورية، سلطنة عمان، عمان، قطر، لبنان، مصر، المغرب.

وتبدو أهمية هذا التقرير في أنه دراسة استطلاعية للإجراءات التي إتخذتها الدول خلال السنوات العشر التي انقضت منذ الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة، وتشير الوثيقة رقم (E/CN.7/2008/2) المقدمة للجنة المخدرات في الدورة الحادية والخمسين أن الدول الأعضاء أحرزت تقدماً ملحوظاً خلال السنوات العشر الماضية في تنفيذ الغايات والأهداف المحددة في الدورة الإثنائية العشرين للجمعية العامة ولكن الدول الأعضاء في عدد من المجالات والمناطق لم تحقق بصورة كاملة بعد الغايات والأهداف المتفق عليها في الإعلان السياسي الذي اعتمد في تلك الدورة وفي خطط العمل ذات الصلة.

وفي مجال خفض الطلب على المخدرات (الوقاية، العلاج، وإعادة التأهيل، وتخفيف الآثار الصحية والاجتماعية السلبية) فإن البرامج والتغطية في هذه المجالات إزدادت ولكنها زيادة متواضعة نسبياً بسبب تدخلات السلطات المعنية التي تركزت على نهج لم يثبت أنها أكثر فعالية لذا اتسم وضع تعاطي المخدرات بالآتي :

١- استهلاك مشتقات الكوكا والأفيون آخذ في الاستقرار أو حتى الانحسار.

٢- استهلاك المنشطات الامفيتامينية آخذ في الازدياد ولكن بمعدل أبطأ ويتجه نحو الاستقرار.

٣- استهلاك القنب ومنتجاته آخذ في الإزدياد.

ولكن ذلك لا يؤخذ على اطلاقه خاصة إذا عدنا إلى ما ذكرناه في المبحث الأول حيث تتضح الزيادة الكبيره في عدد متعاطي المخدرات في الألفية الثالثة بالمقارنة بالنصف الأخير من القرن العشرين.

وما يهمنا هنا مركز عليه التقرير الإثنا سنوي الخامس الأخير في الوثيقة السابق الإشارة إليها والمعنونة (مشكلة المخدرات العالمية) من ضرورة توسيع الشراكات بغية إشراك جميع الجهات المعنية ومن بينها مؤسسات المجتمع المدني أملا في تحقيق نتائج أفضل.

فإذا ما انتقلنا من العالم كله إلى منطقة شمالي إفريقيا والشرق الأوسط والعالم العربي نجد الوثيقة رقم (E/CN.7/2008/4) المعنونة (الوضع العالمي فيما يتعلق بتعاطي المخدرات) التي تشير إلى أن القنب هو أكثر المخدرات تعاطياً، وإلى أن تعاطي الهيرويين والكوكايين والأمفيتامينات تميز بإنخفاض سن البدء في تعاطيها، وأن هناك زيادة في تعاطي الهيرويين بالحقن بالإضافة إلى أن الإشتراك في معدات الحقن الملوثة أصبح طريقة رئيسة من طرق الإصابة بفيروس الإيدز وارتفعت نسبة الإصابة في ليبيا حيث يمثل المصابون بالإيدز من المتعاطين ٩٠٪ من حالات الإصابة بالإيدز، كما زادت النسبة في البحرين وتونس والجزائر وسلطنة عمان، وزادت نسبة تعاطي الهيرويين والكوكايين والإمفيتامينات بالحقن في لبنان عام ٢٠٠٦ م.

ونبّهت الوثيقة رقم (E/CN.7/2008/7) إلى دور وسائط الإعلام في الوقاية من خطر الإيدز بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن، فهي تستطيع في ميدان التربية الوقائية والصحية أن تعلم المصابين بفيروس الإيدز بشأن حقوقهم وأن تساعد على إقامة تنسيق وتعاون بين قطاعات التعليم والخدمات الاجتماعية وإنفاذ القانون والعدالة الجنائية والصحة وتستطيع أن تقلل من إحساس المريض بالخجل أو العار طالما تاب بعد سقوطه في هوة الإدمان .

ويستخلص من الوثيقة رقم (E/CN.7/2008/2/Add) المعنونة (خفض الطلب على المخدرات) أن معظم الدول حققت تقدماً في وضع استراتيجيات وطنية لخفض الطلب على المخدرات، وتقييم مشكلة تعاطي المخدرات وتوفير خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل ولكن مستويات الإمتثال لمقتضيات خطة العمل لتنفيذ الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات كانت متدنية إلى حد ما في معظم المناطق . وفيما يلي تفصيل لما ذكرناه وخاصة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا :

٢ . ٤ . ١ الإجراءات التي اتخذتها الدول

أولاً: الوقاية

ما أحرز من تقدم في استخدام الوقاية كجزء من التصدي العالمي لمشكلة المخدرات كان متواضعاً في أفضل الحالات وظل غير كاف في مناطق عديدة، وقد نفذ عدد متزايد من الدول أنشطة وقائية في المدارس اشتملت على محاضرات أو برامج متنوعة ولكنها كانت ضعيفة من حيث مناطق تغطيتها للمجموعات المستهدفة واقتصرت عموماً على المناطق الحضرية، وقد حققت دول في شمال إفريقيا والشرق الأوسط تقدماً إلى حد ما .

ثانياً: العلاج وإعادة التأهيل

إزداد الطلب على العلاج وإعادة التأهيل في شمال إفريقيا والشرق الأوسط ، وكان تطهير الجسم من سموم الإدمان هو أكثر الأنشطة المنفذة شيوعاً ، ويتوافر في المنطقة العلاج الداخلي والخارجي دون استعمال عقاقير مخدرة ، كما يزداد في المنطقة توفير العلاج غير الدوائي مع اتخاذ التدابير التي تركز على إعادة الاندماج في المجتمع ، ولكن التقدم المحرز في توسيع نطاق العلاج ظل محدوداً.

ثالثاً: الحد من العواقب السلبية الصحية والاجتماعية للتعاطي:

ارتفعت نسبة التدخل من جانب الجهات المعنية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا من ٢٪ في المرحلة (٢٠٠٠-٢٠٠٢) إلى ٢٤٪ في المرحلة من (٢٠٠٦-٢٠٠٧) وهو تقدم يحسب لهذه الدول .

رابعاً: جهود العمل مع الفئات السكانية المعرضة للخطر:

زادت زيادة كبيرة توافر البرامج التي تلبى احتياجات السكان الأكثر عرضة للخطر في شمال إفريقيا والشرق الأوسط حيث ارتفعت النسبة المئوية للدول التي تملك هذه البرامج من ٣٣٪ عام ١٩٩٨م إلى ٩١٪ عام ٢٠٠٧م .

خامساً: استجابات وسائل الإعلام وحملة توعية الجماهير

ارتفعت هذه الاستجابات في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا من ٥٠٪ في الفترة الأولى (١٩٩٨-٢٠٠٠) إلى ٩٦٪ في الفترة الأخيرة (٢٠٠٦-٢٠٠٧) وكان تنفيذ الحملات الإعلامية واسع الانتشار في جميع فترات الإبلاغ وغطت الحملات الإعلامية ٨٠٪ من المناطق واتسمت بتدريب

الوسطاء الاجتماعيين . ويرى التقرير ضرورة اشراك الجهات غير الحكومية ومنها مؤسسات المجتمع المدني في توجيه رسائل مناسبة ودقيقة ترمي إلى خفض الطلب على المخدرات .

٢ . ٤ . ٢ بناء القدرات المؤسسية

أولاً: الالتزام

ظل الالتزام السياسي بمقررات الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة عالياً طيلة جميع فترات الإبلاغ وتتراوح في شمالي إفريقيا والشرق الأوسط بين ٥٢٪ ، ٨٨٪ وأبلغت نسبة كبيرة من الدول أنها أجرت تقييمها لنطاق مشكلة المخدرات قبل وضع استراتيجية خفض الطلب وأن لديها آليات لتقييم ما حققته استراتيجيتها من نتائج وأنها شكلت هيئة تنسيقية مركزية لضمان تنسيق ومشاركة السلطات المختصة وقطاعات المجتمع المعنية في خفض الطلب (من بينها مؤسسات المجتمع المدني) وأن لدى أكثرها ميزانيات مخصصة لتنفيذ الاستراتيجية .

ثانياً: إقامة الشراكات

حدث تقدم في منطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط في توفير آليات لإقامة شبكات للتعاون بين المؤسسات المعنية بخفض الطلب وتراوحت النسبة المئوية بين ٢٥٪ في الفترة من ١٩٩٨ إلى ٢٠٠٠م، و ٧٩٪ في الفترة من ٢٠٠٦ إلى ٢٠٠٧م .

ثالثاً: تقدير المشكلة

تحسنت قاعدة المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات وما يرتبط به من مشكلات وارتفعت نسبة التحسن من ٥٦٪ في الفترة الأولى إلى ٩٢٪ في الفترة الأخيرة .

رابعاً: تقييم الدروس المستفادة وإدماجها في العمل

التدريب من المجالات التي أبلغ فيها تحقيق تحسن كبير بنسبة ارتفعت من ٣٥٪ في المرحلة الأولى إلى ٨٣٪ في المرحلة الأخيرة وأبلغ ٧٨٪ من دول شمال افريقيا والشرق الأوسط بأن التدريب يقدم على نحو مستمر للعاملين في مجال خفض الطلب بينما تشكو باقي الدول من عدم وجود تدريب .

وبالرغم من هذه النتائج الوردية فإن التوصيات التي انتهى إليها التقرير الأثنا سنوي الخامس تكشف عن مدى الحاجة إلى بذل جهود أكثر والالتزام بالعملية أكثر والأخذ بالتخطيط الاستراتيجي أكثر للوصول إلى نتائج أفضل . ويحمد للاستبيان الخاص بالتقارير الاثنا سنوي أنه كان أول محاولة دولية لرصد ما بذلته الدول الأعضاء رسداً شاملاً على النطاق العالمي في جميع مجالات المشكلة ومنها خفض الطلب ، وهذه التوصيات هي :-

- ١- بالنظر إلى المستوى العالي من الالتزام السياسي بتنفيذ تدابير خفض الطلب على المخدرات ، ينبغي أن تستند تلك التدابير إلى أدلة متينة وأن يحافظ عليها أو يوسع نطاقها في بعض المناطق .
- ٢- ينبغي تكريس المزيد من الموارد لبناء الأسس لاستراتيجيات وطنية فعالة ، عن طريق الاستثمار في البحوث والتحليل .
- ٣- يلزم أن تتاح للدول الأعضاء بيانات أفضل وأن تحسن قاعدة

معلوماتها وقدرتها على التقييم لكي يتسنى اتخاذ القرارات استناداً إلى المعلومات .

٤- ينبغي دعم النظم الإقليمية القائمة الخاصة بالمعلومات عن المخدرات في الأجل الطويل من أجل تحقيق النتائج بطريقة فعالة من حيث التكلفة وسليمة منهجياً .

٥- توجد حاجة عامة لأن تواصل الدول توسيع نطاق تغطية البرامج والخدمات الخاصة بخفض الطلب وتحسينها؛ وفي حين أحرز بعض التقدم فإنه لا يمكن أن يعتبر كافياً في العديد من البلدان؛

٦- في مجال الوقاية، يلزم توسيع نطاق البرامج الفعالة، مثل تعليم المهارات الحياتية .

٧- تلزم زيادة نطاق شمول برامج العلاج وإعادة التأهيل، لأن مستوى تقديم الخدمات في بعض المناطق متدن للغاية، والعناصر الأساسية لتقديم الخدمات (كالعلاج الإبدالي) على نحو مستمر غير متوافرة على نطاق واسع .

٨- ينبغي أن تنظر الدول الأعضاء في توسيع نطاق شمول المجموعة الكاملة من الخدمات اللازمة أثناء تنفيذ التدخلات الرامية إلى الحد من العواقب الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدرات، وضمان توافر تلك الخدمات؛

٩- ينبغي أن تركز الدول الأعضاء المزيد من الموارد للفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة والفئات السكانية الأكثر عرضة للخطر، وأن تنفذ خدمات وبرامج شاملة خاصة بتلك الفئات؛

الفصل الثالث

المؤسسات المعنية بخفض الطلب

٣ . المؤسسات المعنية بخفض الطلب

تمهيد

قرأت كتاب «مدارس بدون مخدرات» لأول مرة عندما زرت الولايات المتحدة الأمريكية في مايو عام ١٩٨٦ م ، وكنت آنذاك عضواً في فريق من خبراء مواجهة مشكلة المخدرات متعدد التخصصات ومختلفي الجنسيات ، وانتظم هذا الفريق في حلقة دراسية عقدت في مركز الشرق والغرب بجامعة هاواي لتبادل الخبرات وزيادة المعارف وصقل المهارات وترسيخ الاقتناع بجدوى التعاون وأهميته على جميع الأصعدة وبين جميع الأجهزة المعنية بالتصدي لمشكلة المخدرات بجميع أبعادها (الوقاية ، الاتجار غير المشروع ، غسل الأموال ، الرقابة على السلائف والكيماويات ، تنظيم التجارة المشروعة ، العلاج والتأهيل والرعاية اللاحقة) .

وكان كتاب «مدارس بدون مخدرات» يتناول تجربة فريدة خاضتها الولايات المتحدة الأمريكية في إطار الأنشطة المستمرة التي تقوم بها للحد من انتشار المخدرات خاصة وأنها على مدى أكثر من ثلاثين عاماً كانت وما زالت السوق الاستهلاكية الأولى على مستوى العالم لشتى أنواع العقاقير المخدرة وهي أيضاً الهدف ذو الأولوية القصوى لعصابات الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية . وفي هذه التجربة قامت السلطات الأمريكية بحصر أكثر المدارس الثانوية سوءاً من حيث تفشي المخدرات بين تلاميذها ثم اختارت المدرسة الأشد سوءاً من هذه المدارس ، وتبين للجنة المشرفة على تطبيق خطوات التجربة أن المدرسة تعاني من سوء الإدارة وعدم انضباط التلاميذ وكثرة حالات الغياب وضعف الاتصال بين المدرسة وأولياء

أمور التلاميذ من ناحية وبينها وبين أجهزة إنفاذ القانون من ناحية أخرى .
وجرت إجراءات الإصلاح على النحو التالي :

١ - تعيين مدير جديد للمدرسة يتمتع بالقدرة على القيادة والحزم في اتخاذ القرار ومتابعة تنفيذه ولكن بحس إنساني وأبوة حانية كما يتمتع بالمهارة في التعامل مع المدرسين والإداريين والتلاميذ وأسرههم .

٢ - اختيار هيئة تدريس جديدة بعد تأهيلهم وتدريبهم لتمكينهم من تعليم التلاميذ مزايا الحياة الخالية من العقاقير وإشراك المدرسين في وضع مناهج التربية الوقائية من خطر المخدرات ضمن المناهج الدراسية التي يتم تقديمها وتجنب تدريس التربية الوقائية كمادة مستقلة وإلا تتضمن التربية الوقائية عناصر تثير الفضول أو الرغبة في تجريب المخدرات .

٣ - تدريب الموجهين والمرشدين لكي يسدوا النصح إلى الطلاب والأهل بشأن تعاطي العقاقير وبشأن العلاج للخروج من هوة إدمانها .

٤ - إقامة صلات قوية ومباشرة بين الأسر وبين المدرسة وتنظيم حلقات دراسية لمساعدة الأهل على إدراك أعراض تعاطي العقاقير في مراحلها المبكرة ولتمكينهم من توعية أولادهم بما لتعاطي العقاقير من آثار بدنية وعقلية ضارة .

٥ - إقامة صلات قوية ومباشرة بين المدرسة والوحدة المختصة بضبط جرائم المخدرات التي تقع المدرسة في دائرة اختصاصها ، وعقد لقاءات دورية بين منفذي القانون والمدرسين والتلاميذ وأولياء الأمور .

٦- عندما ثبت للتلاميذ أمانة ونزاهة وموثوقية المدرسين والموجهين والمرشدين كانت للمعلومات التي قدمها بعض التلاميذ للموجهين الذين نقلوها لضباط مكافحة المخدرات أثرها في إلقاء القبض على بعض تجار المخدرات وبالتالي ضرب عدد لا بأس به من مصادر الإمداد، كما كان لإجراءات الأمن التي اتخذها جهاز إنفاذ القانون أثرها الفعال في الحد من تسريب المخدرات إلى المدرسة أو تلاميذها. ونجح التعاون بين المدرسة والتلاميذ وأولياء أمورهم والعاملين في مجالات مكافحة العلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة وتحولت المدرسة من مدرسة للمشاغبين والمعوقين إلى مدرسة للناجحين والناجحين.

واستفاد العالم من التجربة الأمريكية وغيرها من التجارب المماثلة في بعض الدول المتقدمة وتحولت إلى توصيات في المخطط الشامل المتعدد التخصصات للأنشطة المقبلة في ميدان مكافحة إساءة استعمال المخدرات وذلك في الفصل الأول المعنون «الوقاية من الطلب غير المشروع على المخدرات والمؤثرات العقلية والحد منه»، الذي يتضمن ٧ أهداف بينها الهدف الثالث «الوقاية عن طريق التربية» واعتمد المخطط المؤتمر الدولي المعني بإساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها (١٧ - ٢٦ يونيو عام ١٩٨٧م) وأهابت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها رقم ٤٢ بالحكومات والمنظمات عند وضع برامجها مراعاة التوصيات التي قدمها المخطط (الأمم المتحدة ١٩٨٨م، ص ص ١١ - ٣٠).

وإذا عبرنا بضع سنوات نجد تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات عن عام ١٩٩٣م يشير إلى تغيير حدث في سياسة مكافحة المخدرات بالولايات

المتحدة الأمريكية وظهر جليا تركيز الإدارة المعنية على الوقاية والعلاج، ومولت برامج محلية في مجال التثقيف والتعليم والعلاج وإنفاذ القوانين سعياً وراء تخفيض الطلب على العقاقير المخدرة (الهيئة ١٩٩٤، ص ٤٤)، ورحبت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في تقريرها السنوي عن عام ١٩٩٧م بتركيز الإدارة الأمريكية على برامج خفض الطلب على المخدرات بما في ذلك القيام بالحملات الموجهة لمكافحة ظاهرة تقديم صورة براققة لتعاطي المخدرات في وسائل الإعلام وصناعة الترفيه، وقدرت الهيئة إصدار الإدارة الأمريكية للإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات لعام ١٩٩٧م التي شملت برنامج عمل لمدة عشر سنوات يستوعب جميع جوانب مشكلة المخدرات (الوقاية، التثقيف، العلاج، الأبحاث والدراسات، إنفاذ القوانين، وغير ذلك). وهي إستراتيجية تولت تنفيذها جميع الأجهزة المعنية بالمشكلة ومن بين هذه الأجهزة بالطبع المؤسسات التربوية والأجهزة الأمنية (الهيئة ١٩٩٨م، ص ٥٢).

وكان أول انخفاض كبير في عدد متعاطي المخدرات بين طلاب المدارس الثانوية الأمريكية خلال أكثر من عقد من الزمان حدث في عام ٢٠٠٤م وردت الهيئة ذلك في تقريرها السنوي لعام ٢٠٠٤م إلى إدراك الشباب للأخطار المنطوية على تعاطي المخدرات وهو تطور يعزى في رأي الهيئة والإدارة الأمريكية إلى فعالية الحملات الإعلامية (الهيئة ٢٠٠٥م، ص ٦٥). ويبين تقرير الهيئة عن عام ٢٠٠٦م الصادر في فبراير عام ٢٠٠٧م أن الاستقصاء الذي أجرته الإدارة الأمريكية على طلاب المدارس الثانوية أظهر وجود نقص ملحوظ في عدد متعاطي العقاقير المخدرة وخاصة الحشيش والميثامفيتامين والإكستازي وعقار النشوة، والكوكايين والهيريويين الأمر

الذي ترتب عليه وجود انخفاض في سعر العقاقير المخدرة بنسب تتراوح بين ١٠٪، ٣٠٪ بالمقارنة بسعرها منذ عشر سنوات خلت ولكن الاستقصاء بين وجود زيادة في تعاطي أو إساءة استعمال بعض العقاقير المباعه بوصفة طبية والخاضعة للمراقبة الدولية مثل الأوكسيكودون والهيدروكودون . وأشار تقرير الهيئة إلى أن غالبية العقاقير المباعه بوصفات طبية تسربت من السوق المشروعة خلال صيدليات الإنترنت ، وتبلغ الزيادة في تعاطي هذه العقاقير في الغالب ٤٠٪ في الفترة من ٢٠٠٢م إلى ٢٠٠٥م . (INCB 2006,P.P 45-46)

وواضح مما تقدم أن التنسيق والتعاون بين الجهود الحكومية والجهود التطوعية ضروري لخفض الطلب على المخدرات لذا قام مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بعدة مبادرات في منطقة الخليج العربي من أجل خفض الطلب على المخدرات منها تنفيذ مشروع صندوق الرياضة العالمي في الدوحة الذي أشرنا إليه في مقدمة الدراسة وتنفيذ برنامج مساعدة متعدد القطاعات بالتعاون مع حكومة البحرين من أجل معالجة المشكلة المتفاقمة المتمثلة في تعاطي المخدرات والاتجار بها وذلك بتحسين قدرة الحكومة في مجال خفض الطلب وإنفاذ قوانين المخدرات وهو برنامج قائم على التعاون بين الجهود الحكومية وخاصة في مجال إنفاذ القوانين والجهود التطوعية .

والبرنامج الأخير مشروع شرطة دبي بشأن بناء قدرات على إنفاذ القانون ومنع تعاطي المخدرات في أوساط الشباب وهو يهدف إلى تعزيز قدرات شرطة دبي في مجال مراقبة المخدرات ووضع وتنفيذ استراتيجيات لمراقبة المخدرات وأنشطة خفض الطلب (E/CN.٧/٢٠٠٨/١٢-E/CN.١٥/٢٠٠٨/١٦).

وفي إطار البرنامج الأخير بدأت شرطة دبي في ٩ مارس ٢٠٠٨م حملة

استمرت خمسة أسابيع بالاشتراك مع المكتب الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا التابع للمكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومؤسسة رايت ستارت الدولية التي يمثلها نجم تلفزيوني عربي شهير وهو في نفس الوقت داعية إسلامي أكثر شهرة ينتمي إلى الدعاة الجدد بالاشتراك مع بعض رموز الإعلام والثقافة والفن وتستهدف الحملة توعية الجمهور وخاصة الشباب بأخطار المخدرات والارتقاء بالعيش في حياة خالية من المخدرات .

ويمكن تقسيم المؤسسات المعنية بخفض الطلب التي خصصنا لها البند أولاً إلى مؤسسات تربوية ومؤسسات حكومية ، ومؤسسات المجتمع المدني التي سنفرد لها المبحث الرابع . وفي البند ثانياً من هذا المبحث نتناول مقومات التعاون بين المؤسسات المعنية بخفض الطلب على المخدرات .

٣ . ١ . المؤسسات المعنية بخفض الطلب

٣ . ١ . ١ . المؤسسات التربوية

المؤسسات المعنية بتربية البشر كثيرة بعضها معني بالتربية فقط مثل الأسرة والبعض معني بالتربية والتعليم مثل المدرسة والبعض الثالث معني بالتربية والإعلام مثل المؤسسات الإعلامية والمؤسسات الدينية والبعض الرابع معني بالتربية والرياضة أو الثقافة أو شغل أوقات الفراغ وبحثنا يتناول أهم مؤسستين تربويتين وهما الأسرة والمدرسة .

أولاً: الأسرة

تشكل الأسرة في جميع أنحاء العالم تقريباً الإطار الرئيسي الذي ينمو فيه الطفل ، وهي التي تيسر له النمو من مولده حتى بداية سني المراهقة ، وفيها يكتسب الطفل اتجاهاته ومواقفه الأساسية إزاء نفسه وإزاء الآخرين ، والأسرة العادية السوية التي تتصف بتكامل أطرافها أي وجود الوالدين ، وتمتع بالرخاء الاقتصادي وتميز بسلامة أفرادها النفسية والعضوية ويسودها التوافق الحضاري والأخلاقي مثل هذه الأسرة تتيح للطفل فرص النمو وتهيئ له الأمل في مستقبل واعد وتوفر له الأمن والحماية اللازمين لهذا النمو وتكفل العناصر الغذائية والحسية والاجتماعية والوجدانية والفكرية من أجل نموه (نوليس ١٩٧٩م ، ص ٧٥) ومثل هذه الأسرة هي القادرة على توجيهه التوجيه السليم وحمايته من خطر السقوط في مستنقع إدمان المخدرات ، واكتشاف أمره إذا ما سقط والأخذ بيده حتى يشفى من دائه الوبيل .

أما الأسرة التي تفقد عنصراً من عناصر اكتمالها فهي التي يمكن أن تعد عاملاً من العوامل الدافعة إلى ارتكاب الجرائم ، ومن بينها جريمة تعاطي المخدرات ، ولكن يجب ألا يغيب عن بالنا أن الأسرة غير السوية لا تؤدي حتماً بالفرد إلى ارتكاب الجريمة ، فثمة أشخاص قد نشؤوا في أسر بئسة ممزقة ، ولكن عاملاً آخر مثل قوة الوازع الديني قد جنبهم طريق الجريمة .

وقد بينت الدراسات أن تعاطي أحد الوالدين للمخدرات يثير فضول الأطفال ويدفعهم إلى تعاطيها ، خاصة أن المتعاطي كثيراً ما لا يهتم بوضع هذه المخدرات بعيداً عن أيدي أطفاله .

ليس هذا فقط بل إن تعاطي رب الأسرة أو أحد أفرادها للمخدرات يعطي المثل السيئ والقدرة غير الحميدة لأفرادها، وجهل الأبوين بطرق التربية السليمة وذلك بالإهمال المطلق للطفل أو بالقسوة البالغة ما قد يدفع بالفرد إلى تعاطي المخدرات، وذلك بهروبه من الأسرة، واندماجه في صحبة أصدقاء السوء الذين يدفعونه إلى تعاطي المخدرات وشتى أنواع السلوك المجرم، وفشل رب الأسرة في توفير مستوى معيشي لائق لأسرته أو حدوث شقاق بينه وبين زوجته، أو خلاف بينه وبين أبنائه قد يدفعه هو الآخر إلى تعاطي المخدرات هروبا من الواقع الأليم الذي يعيشه .

والأسرة تمر في الوقت الحاضر بأزمات خطيرة تعرقل بل تعطل واجبها الأساسي في تربية الأبناء والبنات ففي الغرب توجد أسر جديدة مكونة من مثلين ذكور أم إناث ومعهم أطفال عن طريق التبني أو عن طريق النساء الحاضنات لأطفال الأنايب، والأطفال الذين يستيقظون فيجدون الأب قد تحول إلى امرأة والأم قد تحولت إلى رجل، أما الطامة الكبرى التي تشكو منها الدول المصدرة للعمالة فهي التي أسمتها الأستاذة الدكتور عائشة راتب أستاذ القانون الدولي ووزير الشؤون الاجتماعية المصرية السابقة في عقد السبعينيات بظاهرة «اليتيم» اليتيم الذي قال عنه أمير الشعراء أحمد شوقي:

إن اليتيم هو الذي تلقى له أما تخلت أو أبا مشغولاً

ففي بعض الأسر يعمل الأب ليل نهار لتوفير مستوى لائق من المعيشة لأسرته وتتولى إدارة الأسرة الأم التي عادة ما تكون مشغولة هي الأخرى في عمل البيت أو في السعي لتوفير دخل إضافي للأسرة وفي غيبة الرقابة يضيع الأولاد، وفي بعض الأحيان تكون غيبة الأب في الخارج لجمع المال وجامع المال لا يشعب فيحاول أن يعوض غيبته بالإغداق بالمال على ذويه

وغالباً ما يؤدي الغياب وتوافر المال إلى الانحراف بجميع صورته وأشكاله، والأسرة القادرة على المساهمة في برامج خفض الطلب هي الأسرة الواعية القادرة على اكتشاف الخلل ومعالجته سواء أكانت الأسرة غنية أم فقيرة، عالية التعليم أم في أسفل درجاته ولكنها قابلة للنصح وواعية للمشكلة.

ثانياً: المدرسة

المدرسة هي المجتمع الذي ينضم إليه الطفل بعد فترة طفولته الأولى وفيها تحدث اتصالاته الاجتماعية الأولى مع المعلمين والإداريين ومع زملائه الدارسين، ويقضي الفرد في المدرسة فترة طويلة، فالمدرسة هنا تعني البيئة التي يتلقى فيها الفرد دراسته من الابتدائي إلى الجامعة، وفيها يتعد الفرد عن رقابة الأسرة وسيطرتها، ويتلقى المعلومات والمهارات والمعارف التي سيحتاج إليها في مجال العمل، وفي إطار الأسرة والمجتمع، والأصل أن يمتد دور المدرسة إلى غرس القيم الاجتماعية بنفس الطفل. وتلعب المدرسة دوراً مهماً في حياة الفرد، فهي تملك إذا ما أدت دورها بطريقة تربوية سليمة أن تأخذ بيده إلى بر الأمان، وتجعله شخصاً نافعا لنفسه وأسرته ووطنه، وإذا لم تقم المدرسة بدورها التربوي فقد يأتي الفرد سلوكاً إجرامياً سواء في صورة جريمة تعاطي المخدرات أو في صورة جريمة أخرى، ويكفي أن تضم مدرسة تفتقد الرقابة الحازمة متعاطياً للمخدرات حتى يدفع الفضول غيره إلى تقليده.

وتعاطي المخدرات في هذه البيئة المدرسية أمر له خطورته نظراً لتعاطي المخدرات من خاصية الانتشار الوبائي. وتمر البيئة المدرسية في كثير من الدول العربية في الوقت الحاضر بأزمة، فلم يعد المعلم كما كان في الماضي المثل الذي يحتذى به بل تورط عدد غير قليل منهم في محنة الدروس

الخصوصية التي تأبأها الأمانة العلمية وتتعارض مع واجب المعلم الأصيل في تعليم الطالب لقاء الراتب الذي يتقاضاه من الدولة، الأمر الذي انعكس أثره على القيم السائدة في هذه البيئة، بالإضافة إلى أن تزايد عدد الدارسين بالنسبة لعدد المدرسين، أدى إلى ضعف الرقابة وفتح المجال أمام الصحبة السيئة كي تقود البعض إلى تعاطي المخدرات وغيرها من الجرائم، والخلل الحاصل في البيئة المدرسية أدى إلى تسرب أسئلة الامتحانات وتزوير النتائج وسرقة الرسائل والكتب العلمية والتلاعب والتحايل في تعيين المعيد في الجامعات وانتشار الرشاوى مادية كانت أم عينية أم جنسية وتفشى ظاهرة النفاق والملق الوظيفي وانتشار العنف في المدارس عنف من قبل التلاميذ على التلاميذ أو على المدرسين، وعنف من قبل أولياء الأمور على المدرسين ويشير تقرير صادر عن شبكة دعم المدرسين في لندن أن ٥٠٪ من المدرسين يتعرضون للاعتداء الجسدي من جانب التلاميذ سواء باستخدام الأيدي أو الكراسي أو الآلات الحادة فضلاً عن إتلاف سيارات المدرسين أو تخطيم زجاجها أو تفريغ إطاراتها (الأهرام، النسخة العربية، العدد ٤٣٩٠٩، الصادر بتاريخ ٢٤ / ٢ / ٢٠٠٧م، ص ٢).

٣ . ١ . ٢ . المؤسسات الحكومية المعنية بخفض الطلب

المؤسسات الحكومية المعنية بخفض الطلب على العقاقير كثيرة منها أجهزة ضبط جرائم المخدرات والأجهزة المعنية بالإعلام والتعليم والدعوة والأجهزة المعنية بالعلاج والتأهيل والرعاية اللاحقة .

أولاً: أجهزة مكافحة المخدرات

الأجهزة الأمنية المعنية بمنع جرائم المخدرات وضبطها كثيرة ومتنوعة منها الجهاز المتخصص مثل الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ومهمته منع وضبط جرائم المخدرات وخاصة جرائم الإنتاج والتهرب والترويج وغسل الأموال واستخدام السلائف في صنع المخدرات ، ولهذا الجهاز وحدات تغطي مناطق الدولة ومنافذها ، ويختص الجهاز برسم سياسة المكافحة ويعمل كحلقة اتصال بين الأجهزة المعنية بالمخدرات على جميع الأصعدة الدولية والإقليمية والمحلية وعادة ما يستفيد هذا الجهاز من كافة أوجه التقدم العلمي والتكنولوجي ويستخدم تكنولوجيا الاتصالات والتكنولوجيات الأخرى في جمع المعلومات وتبادلها مع غيره من الأجهزة في أقصر وقت ممكن في داخل بيئة مأمونة بالإضافة إلى القيام بالمراقبة داخل العالم الحقيقي والعالم الافتراضي (الإنترنت) بكفاءة عالية بحثاً عن العقاقير المخدرة والسلائف المستخدمة في صنعها والأموال المتحصلة من تجارتها وخاصة إذا استخدم بمهارة أسلوب التسليم المراقب أو تقنيات مكافحة التهريب في المياه الإقليمية والدولية وفي كل جهاز متخصص توجد إدارة للتدابير الاجتماعية مهمتها المساهمة بفعالية في برامج خفض الطلب . والمعروف أن أجهزة إنفاذ القوانين لها تاريخ طويل في مجال مكافحة المخدرات كما أنها عادة ما تقوم بقيادة أنشطة خفض الطلب في الدول النامية أو تشترك مع غيرها من الأجهزة المعنية في الدول المتقدمة وقد كثرت في السنوات الأخيرة المحاضرات والندوات واللقاءات التي تعقدها أجهزة المكافحة بالمدارس والنوادي ومراكز الشباب بالإضافة إلى حملات التوعية وقوافل التوعية التي ترفع شعارات لا للمخدرات ونعم للحياة ومعاً في مواجهة المخدرات ،

كما تستقبل المؤسسات الأمنية في معارض المخدرات والمؤثرات العقلية الطلبة والشباب والمهنيين وغيرهم .

ويوجد بجوار الجهاز المتخصص قوات حرس الحدود المختصة بمكافحة تهريب المخدرات عبر الحدود وهي تتبع وزارة الداخلية في دول ووزارة الدفاع في دول أخرى ، وسلطات الجمارك خط الدفاع الأول أمام عمليات تهريب المخدرات عبر المنافذ الشرعية للبلاد وهي تتبع عادة وزارة المالية بالإضافة إلى أجهزة الشرطة المحلية وعادة ما يكون جهاز الشرطة المحلية حلقة الوصل بين المجتمعات المحلية والجهاز المتخصص في المناطق التي لا توجد بها وحدات تابعة للجهاز .

ثانياً: أجهزة السيطرة على التجارة المشروعة للمخدرات

وهي أجهزة تابعة للإدارة المركزية للصيدلة وتهتم بالمرور على الأماكن المرخص لها بحيازة المخدرات للتأكد من أن استيراد العقاقير المخدرة يكون بموجب شهادة استيراد وشهادات تصدير من دول المصدر كما تتأكد من تنفيذ الضوابط التي نص عليها تشريع المخدرات لكيفية صرف المخدرات أو استعمالها وغير ذلك من التصرفات القانونية وأهمية هذه الأجهزة تبدو للعيان إذا ما علمنا أن كثيراً من المخدرات المتاحة للمتعاطين في سوق الاتجار غير المشروع مصدرها التسرب من القنوات المشروعة إما بالسرقة أو التواطؤ أو التزوير .

ثالثاً: أجهزة التحقيق في جرائم المخدرات وأجهزة الحكم في قضايا المخدرات ومن هذه الأجهزة سلطات التحقيق مثل النيابة العامة أو هيئة التحقيق والادعاء العام وأجهزة الحكم وأي خلل في إدارة هذه الأجهزة قد يؤدي إلى حفظ قضايا الاتجار غير المشروع أو الحكم فيها بالبراءة مما يشجع المجرمين على التمادي في غيرهم .

رابعاً: أجهزة تنفيذ الأحكام في قضايا المخدرات

مثل السجون وغيرها من المؤسسات العقابية التي يقع على عاتقها إعادة تأهيل المحكوم عليهم نفسياً واجتماعياً ورعايتهم رعاية لاحقة حتى يعودوا إلى المجتمع مواطنين صالحين . كما يقع على إدارة المؤسسات العقابية مهمة علاج المدمنين وعلاج الأمراض الناجمة عن التعاطي أو طريقة التعاطي كما تقع على السجون مهمة الحد من تجارة المخدرات داخلها وكذا الحد من عملية إدارة صفقات المخدرات خارج السجون من داخلها .

خامساً: الأجهزة المعنية بالتوعية الدينية أو الفكرية

وهي أجهزة بعضها حكومي مثل الأجهزة التابعة لوزارات الأوقاف والشئون الإسلامية والجامعات الإسلامية وكذلك الأجهزة التابعة لوزارات التربية والتعليم العالي والثقافة والإعلام ومؤسسة الإذاعة والتلفزيون . والبعض الآخر قطاع خاص مثل الصحف الخاصة والقنوات التلفزيونية والإذاعات الخاصة .

سادساً: مراكز الدراسات

وهي مراكز تهتم بالبحث عن العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات والدراسات التي تتناول المخدرات من جميع جوانبها وبعض هذه المراكز حكومية وبعضها قطاع خاص .

سابعاً: الأجهزة المعنية بعلاج المدمنين وإعادة تأهيلهم ورعايتهم رعاية لاحقة

وأكثرها حكومي تابع لوزارات الصحة وعادة يكون العلاج فيها بالمجان أو بالأحرى رمزي ، وفي بعض المستشفيات يتم علاج الأثرياء بأجور باهظة يستفاد بها في الإنفاق على العلاج في الأقسام المجانية . ويوجد بجوار أماكن

العلاج الحكومي للمستشفيات النفسية الخاصة والعيادات النفسية الخاصة التي يعالج فيها المدمنون من الطبقات العليا أو الشخصيات العامة أو مشاهير الفنانين والرياضيين . ويسير العلاج جنباً لجنب مع التأهيل النفسي والاجتماعي . والتأهيل النفسي يكون بفحص قدرات ووظائف ومهارات المدمن ورفع مستواها بالتدريب وتأهيله لاستخدامها في العمل الذي يتناسب معها . والتأهيل الاجتماعي يكون بمحاولة إحياء القيم الاجتماعية البناءة وتنمية الهوايات المفيدة والتشجيع على ممارسة الألعاب الرياضية واستغلال وقت الفراغ فيما يفيد (عيد، ١٤١٠هـ، ص ص ٩٩-١٠٠).

ويتبع أماكن العلاج وحدات للرعاية اللاحقة مهمتها متابعة المدمنين بعد تمام الشفاء والعمل على مساعدتهم في حل ما يعترضهم من مشاكل قد تؤدي إلى الانتكاس والعودة إلى مستنقع المخدرات من جديد .

وقد انتشرت في الآونة الأخيرة عيادات ملحقة بالمساجد فيها عيادات نفسية لعلاج مدمني المخدرات بأجور رمزية وتحويلهم إلى مصحات خاصة تتفق عليها جمعيات طوعية مثلما هو حادث في مصر وبعض دول الخليج .

٣ . ٢ مقومات التعاون

بدأت برامج خفض العرض منذ الربع الأخير من القرن التاسع عشر ثم لحقت بها برامج خفض الطلب منذ منتصف القرن العشرين ولكنها لم تتسم بالعلمية والتكامل والانتشار إلا في عقد الثمانينيات من القرن العشرين وبالرغم من جهود الدول (حكومية وتطوعية) وجهود المنظمات (الدولية والإقليمية ودون الإقليمية، الحكومية وغير الحكومية)، فالإحصاءات التي عرضناها في المبحث الأول تبين أن المشكلة في تصاعد وأن الأمل في تحقيق

الهدف النهائي للإستراتيجية العالمية لمكافحة المخدرات المقرر له عام ٢٠٠٨م
مازال حتى بعد انقضاء عام ٢٠٠٨م صعب المنال .

إنني على يقين من أن القضاء على مشكلة المخدرات نهائياً نفاؤل يزيد
على الحد المعقول ، وتحقيقه مرتبط بوجود المجتمع الفاضل الذي يحكمه
القانون الطبيعي القائم على مبادئ الأخلاق التي أقرتها الشرائع السماوية
وخاتمة هذه الشرائع ودرتها الشريعة الإسلامية الغراء ، وتحرك أفراده طاقة
الإيثار التي تجعل كل فرد يتفانى في عمله ويبدع ويبتكر فيه ، ويسعى إلى
السيطرة على نفسه وكبح جماح شهواته فيسود الخير وينحسر الشر وهذا
المجتمع الذي يتمتع بالشفافية والنقاء وينعدم فيه الفساد ضرب من الخيال
ومن ثم فإن كل ما نأمل فيه هو وقف التصاعد المستمر في حجم المشكلة
أولاً ثم تخفيضها إلى أدنى حد ممكن ثانياً ، ليس معنى ذلك أن برامج خفض
العرض وخفض الطلب لم تحقق نجاحاً بل حققت نتائج ملموسة بصفة عامة
بالنسبة للأولى نجد الضبطيات من المخدرات والمؤثرات العقلية والسلائف
والكيماويات والمختبرات السرية والزراعة غير المشروعة والأموال المتحصلة
من الاتجار غير المشروع والاعتقالات التي تشمل المجرمين وعصابات
الإجرام المنظم والملاحقات والإدانات وارتفاع أسعار المخدرات وانخفاض
نقاوتها وصعوبة الحصول عليها وبالنسبة لخفض الطلب نجد نتائج ملموسة
مثل اتساع المشاركة وزيادة عدد الأشخاص الذين يجرى الوصول إليهم من
السكان المستهدفين وزيادة اهتمام الأسر والمدارس في صوغ وتنفيذ البرامج
وتحسين المهارات الحياتية .

إن العالم اليوم في ظل ترسانة ضخمة من الاتفاقيات الدولية والإقليمية
ودون الإقليمية ، والتشريعات الوطنية ، والإستراتيجيات الإستراتيجية

العالمية لمكافحة المخدرات والإقليمية «الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات وخططها المحلية» والبرامج والخطط والإستراتيجيات الوطنية والأجهزة والآليات في حاجة إلى وضع برامج خفض الطلب وخفض العرض موضع التنفيذ في إطار من التعاون والتكامل والتنسيق ومنع التضارب والاذدواج وهذه التعاون له مقومات وأسس نوجزها فيما يلي :

١- **العلمية** في تناول كل مشكلة من مشاكل المخدرات وفهم مداها وأصولها وآثارها وتشعباتها يساعد السلطات الوطنية والمحلية على الاستفادة من معرفة ديناميات العرض والطلب ومن ثم وضع أولويات للتنفيذ، وتعد الاستقصاءات والاستبيانات ودراسات الانتشار الوبائي من الأساليب المفضلة في هذا الخصوص .

٢- **الالتزام الحكومي** على أعلى المستويات السياسية بسياسات قوية موحدة في مجال مكافحة المخدرات يجعل من السهل تخصيص الموارد المالية والبشرية الملائمة وكفالة عمل كافة الأجهزة المعنية مع بعضها .

٣- **الاحترام المتبادل** بين الأطراف المشاركة من عاملين وأجهزة ومن ثم فإن اعتقاد جهاز أنه صاحب القدح المعلى وأن ما على الأجهزة الأخرى سوى الالتزام بتعليماته وتوجيهاته وأن ما تقوم به الأجهزة الأخرى عمل ثانوي يمكن للجهاز الرئيسي القيام به قد يحول دون الاتصال أو تنسيق الأنشطة بين الأطراف .

٤- **ثقة** كل طرف من الأطراف المشتركة في تنفيذ البرامج في الآخر فتخوين الطرف الآخر دون دليل أو بينة أو اتهامه بالإهمال أو عدم العمل بجدية أمر له مردود سيء .

٥ - استمرار التدريب والتعليم المشترك يعزز تكوين قوة عاملة تتسم بالفعالية وتشارك في الأهداف ما يفضي إلى تحقيق أكبر قدر من المهنية في تنفيذ البرامج وفي التخطيط للخطط المرورية اللاحقة .

٦ - الاعتراف بالفضل لأهله وعدم إلقاء تبعة الفشل على الآخر دون مبرر .

٧ - التمثيل المتوازن لكل الأجهزة التي تشارك في تنفيذ الإستراتيجية الوطنية المتكاملة والحمد لله فإن في كل الدول العربية آلية للعمل المشترك قد تكون مجلساً قومياً برئاسة رئيس مجلس الوزراء أو نائبه ، وقد تكون لجنة وطنية عليا برئاسة وزير أو نائب وزير .

٨ - على الأجهزة الأمنية الالتزام بالجدية في التخطيط لضبط جرائم المخدرات واحترام الشرعية ومراعاة الدقة في التنفيذ وألا تتعد عن الأهداف الصعبة (عمليات التهريب التي تقوم بها جماعات الإجرام المنظم عبر الوطنية أو عمليات الاتجار التي تقوم بها التشكيلات الإجرامية أو الزراعة في المناطق النائية والوعرة أو عمليات الإنتاج في المختبرات المتحركة أو المخفاة بدهاء أو عمليات تهريب المخدرات أو تخزينها في المركبات البحرية في المياه الإقليمية أو البحر العالي) وأن تأخذ بأسلوب التسليم المراقب سواء أكان دولياً أم محلياً، مصحوباً بحائز أو غير مصحوب بحائز وأن يكون لديها القدرة على جمع المعلومات بالتعاون مع أجهزة المكافحة الأجنبية وأجهزة المكافحة العربية بالإضافة إلى المعلومات التي تمدها بها الأجهزة العاملة في ميدان الطلب وعلى الأجهزة المتخصصة ألا تغرق نفسها في تحقيق الأهداف السهلة مثل ضبط صغار

المتجرين إذ الأفضل أن تكون هذه القضايا مسؤولة أجهزة الشرطة المحلية والدوريات تحت إشراف وتوجيه الجهاز المتخصص وبدعم منه .

٩- على المؤسسات العاملة في ميدان خفض الطلب ومنها المؤسسات التربوية **مراعاة القيم والمفاهيم** والمعتقدات التي يقرها المجتمع المحلي والعمل على تطوير مهارات الناس الشخصية والاجتماعية بغية زيادة قدرتهم عن الأخذ بخيارات مدروسة وصحية ومساعدة الناس على تطوير أنماط حياتهم والعيش بشكل صحي ومن أجدى الوسائل التدخلات التثقيفية المبكرة التي تشكل جزءاً من مقرر دراسي واسع النطاق وتشدد على الأخطار المترتبة على كافة أشكال التعاطي (الهيئة ٢٠٠٥م، ص ١١) . وأن تبعد هذه المؤسسات عن العمل الشكلي الذي يهدف فقط إلى الدعاية للمؤسسة في وسائل الإعلام دون تأثير في المجتمع المحلي .

١٠- أن يكون **التكامل** حقيقه واقعة وإلا كان حبراً على ورق فالمؤسسات الأمنية تمد المؤسسات التربوية بكل المستجدات في عالم الاتجار غير المشروع في المخدرات من حيث أنواع العقاقير المخدرة ومناطق الاتجار فيها وتعاطيها حتى تستهدف الأماكن الموبوءة بأنشطتها، والمؤسسات التربوية تمد الأجهزة الأمنية بمصادر حصول التعاطي على المخدرات حتى تتولى الأجهزة تجفيف هذه المنابع .

١١- أن تركز الأجهزة الأمنية جهودها على **تحديد الثروات** المتحصلة من الاتجار غير المشروع بالعقاقير المخدرة مغسولة كانت أم غير مغسولة وأن تتخذ الإجراءات القانونية لتجميدها وأن تقيم الأدلة

على عدم شرعية مصدرها فيصدر القضاء حكماً بمصادرتها وذلك حتى يستخدم المال المصادر في تمويل تنفيذ برامج خفض عرض المخدرات والطلب عليها .

١٢ - وأخيراً **متابعة وتقييم الجهود** التي بذلت في تنفيذ برامج خفض الطلب وصولاً لمعرفة الأسباب التي حالت دون تحقيق النتائج المرجوة وذلك حتى يمكن الحد من هذه الأسباب وتحقيق نتائج قابلة للقياس تشير إلى أن الأجهزة تسير على الطريق الصحيح .

لقد كان من حسن حظي أن شاركت منذ سبعينيات القرن الماضي في اللجان الوطنية المصرية التي شكلت لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات وكنت ضابط اتصال الإدارة العامة لمكافحة المخدرات المصرية بجميع الأجهزة المحلية (قوات حرس الحدود والسلطات الجمركية ، والمؤسسات التربوية والصحية والاجتماعية ، وكثير من الأجهزة الأجنبية أجهزة مكافحة المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة وفرنسا وإيطاليا وكندا وكولومبيا وكافة الأجهزة الإفريقية والعربية ، بالإضافة إلى أجهزة الأمم المتحدة المعنية بالمخدرات والأجهزة الأخرى مثل المنظمة الدولية للشرطة الجنائية والمنظمة العالمية للجمارك وكذا منظمة الصحة العالمية ومنظمة التربية والعلوم والثقافة) وقد تم ضبط قضايا ناجحة بناء على معلومات تلقيناها من الأسر ومن المدارس كما تم ضبط قضايا دولية ناجحة من إطار التعاون الدولي ، وكذلك قامت الإدارة العامة لمكافحة المخدرات أثناء رئاستي لها وقبل ذلك بكثير بالاشتراك مع المؤسسات التربوية ومؤسسات المجتمع المدني في تنفيذ برامج خفض الطلب كما شاركت المؤسسات الصحية في مجال علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم .

الفصل الرابع

مؤسسات المجتمع المدني المعنية بخفض الطلب

٤. مؤسسات المجتمع المدني المعنية بخفض الطلب

تمهيد

من العوامل التي تساعد على انتشار المخدرات وازدياد الاقبال على تعاطيها أن يكون الشعب مسلوب الإرادة بسبب الاستعمار أو الاضطهاد وما يرتبط به من تخلف أو فساد في النظم الاقتصادية والعلاقات الإنسانية والاجتماعية بوجه عام (المغربي، ١٩٧١، ص ٩٢). أي أن الفساد يعتبر سبباً من أسباب تعاطي المخدرات، كما أنه مرتبط بالاتجار غير المشروع بالمخدرات، فعصابات الجريمة المنظمة عبر الوطنية والتي تتخذ من الاتجار غير المشروع نشاطاً رئيسياً لها تعتمد على الفساد في تسهيل ممارسة أنشطتها الإجرامية (عيد، ١٩٩٩، ص ٩٦).

وإزاء ما ساور الدول من قلق حيال خطورة ما يطرحه الفساد من مشاكل وعلى استقرار المجتمعات وأمنها مما يقوض مؤسسات الديمقراطية والقيم الأخلاقية والعدالة ويعرض التنمية المستدامة وسيادة القانون للخطر فقد اعتمد المجتمع الدولي في شهر ديسمبر سنة ٢٠٠٣م اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد التي دخلت حيز النفاذ في ١٤/١٢/٢٠٠٥م وبلغ عدد الدول الأطراف فيها ١٠٤ دول حتى ديسمبر ٢٠٠٧م ووضعت الدول في اعتبارها أن منع الفساد والقضاء عليه هو مسؤولية تقع على عاتق جميع الدول وعلى عاتق الأفراد والجماعات خارج نطاق القطاع العام كالمجتمع الأهلي والمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المحلي. وارتبطت مكافحة الفساد بالإدارة السليمة للشئون والممتلكات العامة، والانصاف والمسئولية والتساوي أمام القانون وضرورة صون النزاهة وتعزيز ثقافة نبذ العنف ودور مؤسسات المجتمع المدني في تحقيق ذلك كله.

فما هي مؤسسات المجتمع المدني الذي ازدادت وتيرة الحديث عنها كلما تناول الناس موضوع الاصلاح السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي وكلما تناول الناس ايضاً موضوع الفقر أو الفساد أو المخدرات أو الإجرام المنظم أو الإرهاب أو إرهاب العنف .

إن المجتمع المدني مفهوم من نتاج الفكر الغربي ساهمت في صياغته مدارس فكرية متعددة (غرايبة، ٢٠٠٠، ص ١٢). ومفهومه عند فلاسفة العقد الاجتماعي في القرنين السابع عشر والثامن عشر مرتبط بمفهوم القانون والعقد الاجتماعي، ومفهومه في القرن التاسع عشر مرتبط بمجموعة من البنى الفوقية مثل النقابات والأحزاب ووسائل الإعلام والكنائس أما مفهومه اليوم فيقوم على فكرة المنظمات والهيئات الاجتماعية التي تعمل إلى جانب الدولة على تنظيم المجتمع وتحقيق الاتساق فيه .

والمتبع للفكر العربي الحديث يلاحظ أن مفهوم المجتمع المدني بدأ يحتل جانباً كبيراً من العقل العربي منذ بداية أعوام التسعينيات وكان وراء بروز قوى المجتمع المدني عولمة الديمقراطية بمعنى أن دعم وتقوية مؤسسات وتنظيمات المجتمع المدني يساعد على نشر قيم الليبرالية والديمقراطية (حسن، ٢٠٠٠، ص ٣٥).

ويرى البعض أن المجتمع المدني في بعض الدول العربية نابع من رحم الدول فهو من خلقها وصنعها ابتداءً وانتهاءً وذلك في إطار هيمنة كاملة للدول على المجالين السياسي والاجتماعي، ويرى آخرون أن المجتمع المدني وإن كان إفراس للدولة في بعض الدول العربية ولكنه شق طريقه وأصبح إفراساً متمرداً وقطع مسافات كبيرة في مواجهة الدولة الأمر الذي أضفى حيوية على دور مؤسساته بالرغم من وجود رقابة وإشراف من جانب الدولة

على هذه المؤسسات وهي رقابة لازمة بشرط ألا تقيّد نشاط هذه المؤسسات (عيسى، ٢٠٠٧، ص ٨٠-٩٠).

والذي يهمني هنا من مؤسسات المجتمع المدني الجمعيات الأهلية أو الطوعية التي توجه نشاطها أساساً لخفض الطلب على المخدرات وذلك لا يعني أن مؤسسات المجتمع المدني لا علاقة لها بخفض الطب فالأحزاب والنقابات والنوادي وغيرها لها إسهامات في مجال خفض الطلب ومن ثم فإننا نقسم هذا المبحث إلى بندين، بند أول يتناول تعريف المجتمع المدني وسماته، وبند ثان يتناول الجمعيات التطوعية وأنشطتها في مجال خفض الطلب على المخدرات.

٤ . ١ تعريف المجتمع المدني وسماته

٤ . ١ . ١ تعريف المجتمع المدني

يرى محمد أن مفهوم المجتمع المدني اختفى استعماله منذ النصف الثاني من القرن التاسع عشر ثم ظهر من جديد مع بواذر هزيمة الثورة الاشتراكية في أوروبا الغربية في أواخر العشرينيات وأزمة الديمقراطية السوفيتية وقدم محمد عدة تعريفات للمجتمع المدني منها:

- ١ - المجتمع الذي يقوم على المؤسسات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تعمل في ميادينها المختلفة في استقلال نسبي عن سلطة الدولة لتحقيق أغراض متعددة.
- ٢ - المجتمع الذي يتلشى فيه دور السلطة إلى المستوى الذي يتقدم فيه دور المجتمع على دور الدولة.

٣- كل المؤسسات التي تتيح للأفراد التمكّن من الخيرات والمنافع العامة دون تدخل أو توسط من الحكومة. (محمد، ٢٠٠٥، ص ص ٢٢٥ - ٢٢٧).

ويعرف سعدالدين إبراهيم المجتمع المدني بأنه: «كل التنظيمات غير الحكومية وغير الأثرية التي تملأ المجال العام بين الأسرة والدولة وتنشأ بالإرادة الحرة لأصحابها من أجل قضية أو مصلحة أو التعبير عن مشاعر جماعية ملتزمة في ذلك بقيم ومعايير التراضي والتسامح والإدارة السليمة للتنوع والاختلاف» (حسن، ٢٠٠٠، ص ٣٨).

ويرى غرايبة أن المجتمع المدني هو «مجموعة التنظيمات التطوعية الحرة التي تملأ المجال العام بين الأسرة والدولة لتحقيق مصالح أفرادها ملتزمة في ذلك بقيم ومعايير الاحترام والتراضي والتسامح والإدارة السليمة للتنوع والاختلاف». وأرى الأخذ بهذا التعريف ولو أنه مأخوذ من تعريف إبراهيم ولكنه أضاف إلى منظمات المجتمع المدني صفة التطوع. وهي السمة الرئيسة في هذه المنظمات (غرايبة، ٢٠٠٠، ص ص ١٢-١٣).

٤ . ١ . ٢ سمات المجتمع المدني

يتوافر في المجتمع المدني السمات التالية :

- ١ - المجتمع المدني رابطة طوعية يدخلها الأفراد باختيارهم .
- ٢ - يتكون من مجموعة التنظيمات والروابط في عدة مجالات كالمؤسسات الإعلامية والدينية والتعليمية والاتحادات المهنية والنقابات العمالية والأحزاب السياسية .
- ٣ - يركز المجتمع المدني على قيم الاحترام والتعاون والتسامح ومفهوم المواطنة، ومفهوم حقوق الإنسان والمشاركة السياسية والشعبية،

والإدارة السلمية للتنوع والاختلاف (جعفر، ٢٠٠٦).

٤- تتميز مؤسسات المجتمع المدني باستقلال نسبي عن كل من السلطات العامة والتنظيمات الأثرية (الأسرة) وبالقدرة على اتخاذ أنشطة جماعية للتعبير والدفاع عن رغباتها ومصالحها، كما تسعى دائماً إلى الفكك من هيمنة السلطة السياسية في الدولة وطغيانها على المجتمع.

٥- جميع مؤسسات المجتمع المدني، عدا الأحزاب السياسية لا تسعى إلى أن تحل محل أجهزة الدولة أو أن تقبل مسؤوليات تولى أجهزة الحكم وتفضل العمل في ظل قواعد محددة سلفاً ذات طبيعة مدنية (حسن، ٢٠٠٠، ص ٣٥).

٦- تسعى هذه المنظمات إلى تحقيق مصالح جماعية وإلى التعبير عن مصالح مجتمعاتها المحلية أو الفئات التي تمثلها أو الفئات التي تسعى إلى حمايتها في مواجهة الدولة (علي؛ عوض، ٢٠٠٤، ص ١١٢).

٧- تنوع مصادر تمويلها وعدم اعتمادها على الحكومة كمصدر وحيد للتمويل (علي؛ عوض، ٢٠٠٤، ص ١٦٠).

٨- عدم الربحية وإذا حققت نوعاً من الربح فإن هذا الربح لا يوزع على أعضائها ولكن لدعم الخدمات التي تقدمها المؤسسة.

٤ . ١ . ٣ سلبيات مؤسسات المجتمع المدني

يرى عصر أن ممارسة بعض مؤسسات المجتمع المدني لأنشطتها الطوعية أبرزت مجموعة من السلبيات منها

١- الاشتباه في بعض مصادر تمويل المؤسسات والمساعدات المقدمة لها وخاصة من الدول أو الوكالات ذات التوجهات المريبة .

٢- اضطرار بعض مؤسسات المجتمع المدني إلى تنفيذ توجهات الممول وقد تكون ضارة بالأهداف التي قامت من أجلها المؤسسة

٣- ظهور الفساد في بعض المؤسسات نتيجة عدم الأخذ بالشفافية أو استخدامها لتحقيق مصالح خاصة ليست ذات نفع عام (عصر، ٢٠٠٦م، ص ٤).

٤- انخفاض عدد المتطوعين وخاصة من فئة الشباب .

٥- عدم نضوج مفهوم الثقافة التطوعية .

٦- تفشى ظاهرة الشللية المحاباة .

وجاء متتدى المستقبل الموازي الخامس (٧٥-١٧ أكتوبر ٢٠٠٨م دبي) ليضع توصيات تسهم في الحد من السلبيات سالفة الذكر وذلك في البند ثانياً من التوصيات الختامية وهو البند الخاص بمحور البيئة القانونية للمنظمات غير الحكومية وهذه التوصيات قسماً قسم موجه إلى الحكومات وقسم موجه إلى المنظمات .

٤ . ١ . ٤ التوصيات الموجهة للحكومات

- ١- إلغاء نظام الترخيص واستبداله بسجل الإيداع والأخطار .
- ٢- إلغاء الرقابة الحكومية على نشاط وعمل الجمعيات وولي اعتراض على هذه التوصية فلا بد من وجود قدر من الرقابة لا يحد من نشاط الجمعيه . ولكنه خط الدفاع ضد الانحراف
- ٣- إلغاء العقوبات الجنائية في القوانين المنظمة لعمل الجمعيات والمؤسسات الأهلية .
- ٤- التأكيد على حق الجمعيات في تنمية مواردها وتلقي التمويل داخلية وخارجياً .
- ٥- إلغاء حق جهة الإدارة الحكومية في حل الجمعيات بقرار إداري على أن يكون لجهة الإدارة الحق في اللجوء إلى القضاء في حالة مخالفة المؤسسات للنظام العام أو القانون أو الدستور
- ٦- ضمان إنضمام الجمعيات إلى اتحادات وشبكات محلية وإقليمية ودولية .
- ٧- مطالبة الدول بالتمتع بالتزاماتها الدولية الناتجة عن التصديق على المواثيق الدولية لحقوق الإنسان وعلى وجه خاص العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية ، والعمل على تعديل القوانين التي تتناقض مع الالتزامات الدولية والتي يترتب على استمرار العمل بها انتهاك حقوق الإنسان للمواطنين ونشطاء حقوق الإنسان .

٤ . ١ . ٥ التوصيات الموجهة للمنظمات

- ١- ضرورة التحالف بين منظمات المجتمع المدني والعمل على تعزيز الحقوق والحريات المدنية والسياسية وذلك بهدف إلغاء قوانين الطوارئ وتعزيز القضاء المستقل وكشف انتهاكات حقوق الإنسان .
 - ٢- العمل على إصدار تقرير سنوي يتضمن رصد الانتهاكات التي يتعرض لها النشطاء والجمعيات والمنظمات
 - ٣- العمل على تنظيم دورات تدريبية لرفع كفاءة المنظمات والجمعيات
 - ٤- عمل دليل للنزاهة لكي يكون مرشداً لعمل الجمعيات والمنظمات غير الحكومية .
 - ٥- مناقشة مشروع القانون النموذجي الذي تقدم به المشاركون في المنتدى (مجموعة الدول الصناعية الثماني G٨) ودول من الشرق الأوسط ، وأفريقيا ، ومنظما المجتمع المدني) لتنظيم عمل مؤسسات المجتمع المدني بهدف تعزيز حرية عمل هذه المنظمات .
 - ٦- إقامة شراكة فاعلة بين القطاعين العام والخاص ومؤسسات المجتمع المدني تراعي مقومات العولمة والمواطنه وسيادة القانون ومكافحة الفساد والمناهج التعليمية الحديثة وحرية الصحافة.
- والمواقع أن هذه التوصيات تسير إعلان منتدى «ما بعد عام ٢٠٠٨م» والقرارات المرفقه به والتي وردت في مقدمة هذه الدراسة .

٤ . ٢ الجمعيات التطوعية

الجمعيات التطوعية أو الجمعيات الأهلية أو الجمعيات غير الحكومية أو جمعيات المجتمع المدني هي الأكثر انتشاراً في الوطن العربي والأكثر قبولاً من جانب السلطات فالمفروض أنها تعمل للخير ومن أجل الخير ومن ثم يطلق عليها البعض اسم الجمعيات الخيرية . وقد عرفت وزارة العمل والشئون الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية بأنها «أي هيئة مؤلفة من خمسة أشخاص فأكثر مسجله رسمياً لدى الوزارة وغرضها الأساسي هو تنظيم مساعيها لتحقيق الخدمات الاجتماعية للمواطنين دون أن تستهدف الحصول على الربح المادي أو المنفعة الشخصية أو تحقيق أي أهداف أخرى تتعارض مع أحكام نظام الجمعيات الخيرية» والمعروف أن الإنسان ميال بفطرته إلى فعل الخير وعندما نزلت الرسالات السماوية حضته وذكّت لديه روح الخير وتقديم العون ، وكان أول ظهور للجمعيات الخيرية في إنجلترا . (حافظ ، ٢٠٠٣ ، ص ص ٤٠-٤٨) .

وبدأت مسيرة العمل التطوعي في الوطن العربي من خلال الجاليات الأجنبية التي كانت تعمل في مصر بغزارة في القرن التاسع عشر . وتعود نشأة أول جمعية أهلية في مصر إلى عام ١٨٢١ حيث تأسست الجمعية اليونانية بالاسكندرية ثم توالى الجمعيات التطوعية في الظهور بعد ذلك . وكانت الجمعيات التطوعية الثقافية أسبق تاريخياً على نشأة الجمعيات الدينية وكانت أول جمعية دينية هي الجمعية الخيرية الإسلامية (١٨٧٨ م) ثم بدأت هذه الجمعيات في الزيادة ومعها الجمعيات الدينية المسيحية ، والذي يظهر ما بثه الدين الإسلامي في روح أتباعه من تسامح وحب للتعاون من أجل بذل الخير هو اشتراك مجموعة من كبار العلماء المسلمين مثل الشيخ محمد

عبده والكاتب عبدالله النديم في تأسيس جمعية المساعي الخيرية المسيحية . والجمعيات الإسلامية والمسيحية هي التي بدأت العمل في مجال تبصير الناس بخطر المخدرات ثم أصبح لها بعد ذلك دور في مجال علاج المدمنين مثل جمعية أولي العزم الدينية وهي جمعية إسلامية مصرية ، والفروع الوطنية لجمعية كاريتاس . ومثل الندوة العالمية للشباب الإسلامي التي نشأت في البدايات الأولى من الثلث الأخير من القرن الرابع عشر الهجري (١٣٩٢) وهي هيئة إسلامية عالمية مستقلة وملتقى إسلامي يدعم جهود العاملين في منظمات الشباب الإسلامي في العالم وجمعياتهم وتجمعاتهم ، وهذه الندوة تجربة سعودية على طريق الوسطية ، وفي نفس السياق عقد في المملكة العربية السعودية الملتقى الأول للجمعيات الخيرية في ٢٦ / ٣ / ٢٠٠٧م وقد جمع هذا الملتقى بين جمعيات تحت اشراف وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ووزارة الشؤون الإسلامية والأوقاف (أبوبكر ، ٢٠٠٣ ، إسلام أون لاين نت) . فالمجتمع السعودي عرف التطوع بل هو أصيل فيه من منطلقات دينية وإنسانية واجتماعية وثقافية (صحيفة الرياض ، العدد ١٤١٢٦ < فبراير ٢٠٠٧) . والمعروف أن التطوع بدأ في المملكة العربية السعودية إغاثياً ثم امتد التطوع إلى ميادين خيرية أخرى مثل رعاية المسنين وخفض الطلب على المخدرات .

وكانت أول دراسة على المستوى العربي تتناول موضوع دور الجمعيات التطوعية في مجال خفض الطلب على المخدرات الدراسة التي أجرتها الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب لتقييم نتائج تنفيذ الخطة المرحلية للاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية التي أقرها مجلس وزراء الداخلية العرب في دور انعقاده الخامس بقراره رقم ٧٢ المؤرخ ٢ / ١٢ / ١٩٨٦م حيث وزعت الأمانة العامة في عام

١٩٩٥م استبياناً مكوناً من ٤٣ سؤالاً على الدول العربية الواحدة والعشرين، وأجابت الدول على الاستبيان عدا ٦ دول هي : جيبوتي، والصومال، وفلسطين، والكويت، والمغرب، وموريتانيا، وتبين من إجابة السؤال العاشر الخاص بالجمعيات التطوعية أو المنظمات الأهلية أو الخاصة، والسؤال الحادي عشر الخاص بعدد هذه الجمعيات تبين أن الأردن به جمعيتان تاريخ إنشائهما ١٩٨٦، ١٩٩٠م، والبحرين جمعية واحدة (١٩٩٠)، والجزائر ثلاث جمعيات (١٩٨٢، ١٩٨٠، ١٩٩٢)، ولبنان جمعية واحدة لم يذكر تاريخ تكوينها، وليبيا جمعيتان (١٩٩٤)، ومصر بها الكثير من الجمعيات أقدمها تم إنشائها عام ١٩٣٠م.

وفي الألفية الثالثة زاد عدد الجمعيات التطوعية المعنية بخفض الطلب على المخدرات. وحصلت الجمعية المغربية لمساعدة الأطفال الذين يعيشون في وضعية صعبة هي وجمعية غير حكومية في بوليفيا وثالثة في كينيا على جائزة المجتمع المدني التي انشأها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وحكومة النمسا ومدينة فيينا عام ١٩٩٩م لتكريم المنظمات والأفراد الذين قدموا إسهامات جليلة في مجال مكافحة تعاطي المخدرات والجريمة أو الإرهاب وهي جائزة تمنح سنوياً، ومنحت الجائزة للجمعية المغربية في أول ديسمبر عام ٢٠٠٦م تتويجاً لجهود الجمعية على مدى عشر سنوات في مكافحة تعاطي المخدرات بين الأطفال (المكتب المعني بالمخدرات والجريمة، ٢٠٠٦، الرسالة رقم ١)، (www.mogharbia.com).

وهذه الجائزة العالمية تنبئ عن مدى التقدم الذي حدث في مجال العمل العربي والتطوعي. والذي يؤكد هذا التقدم أمران : الأمر الأول تكون الاتحاد العربي للجمعيات التطوعية والأمر الثاني اهتمام المؤسسات الحكومية بتنسيق العمل بينها وبين الجمعيات التطوعية ودعمه.

٤ . ٢ . ١ الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان

الاتحاد طبقاً لنظامه الأساسي هو اتحاد للجمعيات والاتحادات العربية غير الحكومية العاملة في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان . ويهدف الاتحاد لتحقيق الأهداف التالية :

أولاً: في مجال الوقاية من الإدمان:

١ - جمع الجهود غير الحكومية وحفز الجهود الحكومية والعمل معها للتصدي لظاهرة الإدمان والعمل على خفض الطلب والوقاية من المخدرات والمسكرات .

٢ - العمل على التوسع في إنشاء جمعيات الوقاية من الإدمان في الوطن العربي .

٣ - تزويد الجمعيات بالدراسات والنشرات والوثائق التي تساعد على تنمية أنشطتها وتحقيق أهدافها .

٤ - تيسير الاتصالات واللقاءات بين أقطار الوطن العربي في مجال تبادل الخبرات الهادفة إلى زيادة الوعي من مضار الإدمان .

ثانياً: في مجال التدريب والعلاج:

١ - إصدار مجلة عربية متخصصة في شؤون الوقاية والعلاج من الإدمان .

٢ - عقد المؤتمرات المتخصصة في شؤون الإدمان والاشتراك في المؤتمرات العربية والدولية .

٣- تنظيم دراسات ودورات تدريبية في مجالات الإدمان .

ثالثاً: في مجال التعاون مع المنظمات الدولية:

١- الاتصال بالمنظمات والهيئات الحكومية والأهلية والعربية والعالمية من أجل تبادل الخبرات والاستفادة منها .

٢- إقامة مشاريع وأبحاث ومسابقات مشتركة بين أعضاء الاتحاد والتعاون مع المنظمات الأخرى في هذا المجال .

٣- استخدام كل الوسائل التي يراها الاتحاد صالحة لتحقيق الأهداف دون التدخل في الأمور السياسية والعقائد الدينية .

واتخذ الاتحاد من القاهرة مقراً له وبدأ ممارسة نشاطه اعتباراً من عام ١٩٩٧م واحتفل في عام ٢٠٠٧م بمرور عشرة أعوام على انشائه وامتد نشاطه فيها إلى كثير من الدول العربية وعمل مع اللجان الوطنية والمجالس القومية لمكافحة المخدرات والمجالس القومية ذات الصلة بخفض الطلب عن المخدرات مثل المجلس القومي للأمومة والطفولة في مصر ، كما عمل مع القيادة العامة لشرطة دبي وغيرها مع الأجهزة الشرطية المعنية بمكافحة المخدرات في بعض الدول العربية . كما عمل الاتحاد مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومكتبه الاقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا ومقره القاهرة .

والواقع أن الجهود التي أثمرت إنشاء الاتحاد العربي تعود إلى أوائل عقد التسعينيات عندما فكر برنامج الأمم المتحدة لمراقبة المخدرات «اليونديسيب Undcp» بعد فترة قصيرة من إنشائه عام ١٩٩١م أن يستثمر العمل الطوعي في مواجهة مشكلة إساءة استخدام المخدرات وأن يجمع الجمعيات الطوعية

المعنية بخفض الطلب على المخدرات الموجودة في كل إقليم للدخول في اتحاد حتى يستطيع أن ينسق بين الاتحاد الاقليمي على مستوى العالم وأن ينسق بينها على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية مع المنظمات الدولية الحكومية والمنظمات الدولية غير الحكومية المعنية بالمخدرات والأجهزة الوطنية المعنية بالعقاقير على عرض المخدرات والمختصة بالحد من الاتجار غير المشروع بالمخدرات ومراقبة السلائف والكيماويات ومكافحة غسل الأموال المتحصلة من التجارة المحرمة للمخدرات .

وأناط البرنامج بالرئيس السابق للاتحاد العالمي للصحة النفسية ورائد العمل الطوعي في مجال خفض الطلب في مصر ، والمدير التنفيذي للمجلس الدولي لبحوث الإدمان (icaa) (منظمة دولية غير حكومية) ومدير فرع المجلس بالقاهرة بعمل الترتيبات اللازمة لجمع ممثلي الجمعيات غير الحكومية بالعالم العربي والاجتماع بهم قبل عقد مؤتمر الجمعيات الحكومية العاملة في ميدان خفض الطلب على المخدرات الذي نظّمته الأمم المتحدة في بانجكوك في الفترة من ١٢ إلى ١٦ ديسمبر ١٩٩٤ م . وبالفعل تم عقد مؤتمر في القاهرة في الفترة من ٢٨ - ٢٩ مارس ١٩٩٤ م وشارك في هذا المؤتمر وفي تنظيمه (icaa & undcp) وتم التنسيق بين ممثلي الجمعيات الأهلية في الدول العربية وبالتالي سافروا إلى مؤتمر بانكوك بفكر واحد وفهم عميق لما يمكن أن يمثله الاتحاد العربي من دعم للعمل الوطني والعمل الإقليمي والعمل العالمي في مجال مكافحة المخدرات ، وشارك في هذا المؤتمر ممثلون للجمعيات الأهلية في الجزائر وفلسطين والكويت ولبنان ومصر والأردن والسعودية والمغرب واليمن . وبعد عشر سنوات عقد في ٢ سبتمبر ٢٠٠٤ م في مقر المكتب الإقليمي لمنطقة القاهرة وشمال إفريقيا التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة اجتماع حضره ممثل لمكتب

الأمم المتحدة وممثل للمجلس (icaa) وممثل للمجلس العربي للطفولة والتنمية وممثل الجمعيات الطوعية وذلك للتحضير للاجتماع الإقليمي الثاني للجمعيات الأهلية العربية العاملة في مجالات التنمية الاجتماعية ومكافحة الإدمان الذي عقد في شهر أكتوبر ٢٠٠٤م وحضره ممثلون للجمعيات الأهلية في الجزائر ومصر والأردن والكويت وليبيا وموريتانيا والمغرب وفلسطين وتونس والسعودية واليمن .

ويضم الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان دول مصر والكويت والجزائر وفلسطين والإمارات العربية المتحدة وسوريا واليمن والسعودية والأردن . وتعاون الاتحاد العربي مع شرطة دبي واللجنة الوطنية القطرية لمكافحة المخدرات وقوات الأمن الداخلي اللبنانية وجامعة الجزائر والجامعات الليبية والفلسطينية واليمنية . وتتناول استراتيجية الاتحاد العربي عدة محاور : التربوي والثقافي ، الصحي ، الديني ، الاجتماعي والاقتصادي ، الإعلامي ، القانوني . وعموماً فقد أعطى الاتحاد العربي دفعة قوية للعمل التطوعي في مجال خفض الطلب على المخدرات .

٤ . ٢ . ٢ التنسيق بين الجهود التطوعية والجهود الحكومية

شهدت السنوات الثمان الأولى من الألفية الثالثة مشاركة مخططة ومنسقة بين الجهود الحكومية والجهود التطوعية المبذولة في ميدان مواجهة المخدرات والمؤثرات العقلية عامة وميدان خفض الطلب خاصة ظهر ذلك واضحاً جلياً في إعداد مشروع النشئ المناهضة للمخدرات الذي خطط له مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بالاشتراك مع المجلس القومي المصري للطفولة والأمومة وينفذه المجلس القومي للطفولة والأمومة بالتعاون مع الجمعيات التطوعية المعنية بخفض الطلب على المخدرات في مصر

والاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان وتموله حكومة إيطاليا ويتبنى المشروع فلسفة جديدة للعمل في مجال خفض الطلب تعتمد على المشاركة الفعالة للنشء من خلال إعداد قادة منهم في كافة التجمعات الشبابية ليشكلوا مجموعة ضغط إيجابية تعمل على رفع مستوى الوعي باخطار المخدرات من أقرانهم ويهدف المشروع إلى بناء قدرات الجمعيات الأهلية المعنية وإعداد شامل للنشء وتنفيذ حملات إعلامية متكاملة وتأهيل وتدريب كوادر بشرية للعمل في مجال خفض الطلب ويوجه المشروع جهوده إلى فئات النشء، الأسر، المدارس، مراكز الشباب، والجمعيات الأهلية.

وكانت الدروس المستفادة من هذا المشروع وراء عقد المؤتمر العربي رفيع المستوى في الفترة من ١٢ - ١٤ يونيو ٢٠٠٥م الذي نظمه المجلس القومي للطفولة والأمومة بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وشارك فيه الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان بالإضافة إلى العديد من الأجهزة الحكومية والجمعيات غير الحكومية. وشكل المؤتمر لجنة للجمعيات الأهلية في إطار وضع استراتيجية قومية لحماية النشء من المخدرات وأوصت اللجنة بما يلي :-

- ١ - دعم وتعزيز الدور المشترك لتوثيق التعاون بين الحكومات والجمعيات غير الحكومية والقطاع الخاص في مجال الوقاية .
- ٢ - تفعيل دور الجمعيات في مجال الوقاية وتأسيس جمعيات عربية جديدة متخصصة .
- ٣ - التنسيق بين الجمعيات الأهلية المتخصصة وبين الجمعيات الأخرى التطوعية لتبادل الخبرات وتكامل الجهود لوقاية النشء من المخدرات .

٤ - إيجاد مشاركة بين الاتحاد العربي والشبكة العربية للمنظمات الأهلية ومكتب المفوض الخاص بالمجتمع المدني بجامعة الدول العربية والجهات الفاعلة في مجال الوقاية .

٥ - حصر وتعميم التجارب والمشروعات والمهارات الناجحة عربياً ودولياً وتطويرها للاستفادة منها .

٦ - توثيق ودعم التعاون في مجال تمويل المشروعات الموجهة للنشئ .

وعندما أعلن المؤتمر الاستراتيجية القومية لحماية النشئ تبين أنها تضم جزءاً خاصاً يدعم المجتمع المدني آخذاً بما جاء في توصيات لجنة الجمعيات الأهلية تضمن ما يلي :-

١ - إيجاد شراكة حقيقية، وفاعلة بين الحكومات والمجتمع المدني ودعم دور المجتمع إيماناً بأهميته من أجل الوصول إلى نتائج إيجابية ومؤثرة على الشباب في مجال الحماية والوقاية من خطر المخدرات .

٢ - تشجيع إنشاء جمعيات أهلية تطوعية جديدة للتوعية والوقاية من خطر المخدرات .

٣ - تشجيع رجال الأعمال لتمويل حملات توعية لحماية النشئ من المخدرات كشركاء أساسيين في بناء المجتمع .

٤ - العناية بتدريب العاملين في الجمعيات الأهلية على الأساليب المتطورة للتوعية والوقاية من تعاطي المخدرات .

٥ - حث الجهات المانحة على زيادة تمويلها للجمعيات الأهلية العاملة في التوعية والوقاية من المخدرات .

ز- دعم إنشاء شبكة عربية للمنظمات الأهلية العاملة في مجال الوقاية من المخدرات (وثائق الاتحاد العربي للوقاية من الإدمان).

ووضع المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان التابع لرئاسة مجلس الوزراء المصري برنامجاً تنفيذياً للجمعيات الأهلية بالتنسيق مع الوزارات المعنية يصلح أن يكون برنامجاً نموذجياً تستهدى به الدول العربية في عمل البرامج التنفيذية للتنسيق بين الجهود الحكومية والجهود التطوعية .

أولاً: دور وزارة الإدارة المحلية في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

- ١ - تساعد الوزارة في إنشاء مجالس تهدف لتنسيق جهود الجهات المختلفة: تعليم وصحة وشباب ورياضة . . . الخ . على المستوى المحلي . كما يكون من شأنه تنسيق وتوحيد عملية التنفيذ وصولاً للمستوى القومي في برنامج مواجهة الشامل .
- ٢ - تتجه الوزارة لتبسيط إجراءاتها اللازمة لاستفادة الشباب من الصندوق الاجتماعي للتنمية لا سيما بين الفئات الهشة وبالنسبة للحالات التي تزكيها الجمعيات .

ثانياً: دور وزارة الأوقاف في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

- ١ - إتاحة الفرصة للجمعيات الأهلية للتعاون مع المؤسسات الدينية والاتصال بإدارات المساجد الموجودة في نطاقها الجغرافي .
- ٢ - التعاون مع الجمعيات الأهلية المتخصصة في مجال مكافحة الإدمان في إجراء دورات تثقيفية لإدارات المساجد والقائمين بالوعظ والإرشاد وذلك لترشيد دور هذه المؤسسات الدينية أثناء ممارسة دورها في التوعية والتثقيف الديني .

٣- إتاحة الفرصة للجمعيات الأهلية لتقديم التدريب اللازم في مجال التوعية لبعض العاملين في كل إدارة من إدارات دور العبادة ليكونوا أكثر تأهيلاً في مجال التثقيف والتوعية .

٤- تتعاون الوزارة مع الجمعيات الأهلية في توفير الإمكانيات اللازمة من مطبوعات ووسائل إيضاح للمؤسسات الدينية وأن تقوم بتنشيط مراكز الإرشاد الخاصة بها للتعاون مع دور العبادة لتوفير كل ما يلزم لهذه المؤسسات لممارسة دور أكثر فعالية في مجال مكافحة التعاطي والإدمان .

٥- القيام بعقد الندوات واللقاءات الفكرية والدينية حول ظاهرة الإدمان وأخطارها وموقف الأديان منها .

٦- استغلال المناسبات الدينية في عقد لقاءات ومؤتمرات واحتفاليات ومسابقات ثقافية ودينية تحت شعار مكافحة المخدرات وإدمانها مع الاهتمام بتوضيح المنظور الديني في القضية .

٧- استخدام الخطب والمواعظ الدينية والدروس المستفادة في توضيح موقف الأديان من مسألة الإدمان بكافة صوره وأشكاله .

ثالثاً: دور وزارة الشباب والرياضة في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

١- تتعاون وزارة الشباب والرياضة مع الجمعيات الأهلية في المساهمة في الاهتمام بانشطة شغل أوقات الفراغ وخاصة لدى الطلبة والشباب بتنظيم رحلات للسياحة الداخلية، أو إقامة معسكرات كشفية وترفيهية، وإقامة مسابقات ثقافية ورياضية تستوعب وقت و طاقة الشباب وتستثمره .

٢- تتعاون وزارة الشباب والرياضة مع الجمعيات الأهلية في إقامة مراكز للإرشاد والتوجيه للرد على استفسارات الشباب وتوجيههم لمراكز العلاج سواء بالاتصال المباشر مع الجمهور أو من خلال خط تليفوني يعمل طوال اليوم .

٣- تتعاون وزارة الشباب والرياضة مع الجمعيات الأهلية في تنظيم مسابقات ثقافية تحت شعار مكافحة الإدمان بالتعاون مع المؤسسات الترفيهية (النوادي ، مراكز الشباب) .

٤- تسهم الوزارة في عقد ندوات أو لقاءات تتناول مخاطر التعاطي والإدمان ، بغرض توعية و تثقيف الشباب حول خطورة المواد المخدرة والمسكرة .

٥- تتيح الوزارة الفرصة للجمعيات الأهلية لإمداد مكاتب مراكز الشباب بالمطبوعات والنشرات حول مخاطر الإدمان .

٦- التعاون مع الجمعيات الأهلية والمؤسسات المختلفة في تكوين كوادر واعية من الشباب تستطيع أن تلعب دور الطليعة في جهود التوعية في مجال الوقاية من الإيـمان .

رابعاً: دور وزارة الشؤون الاجتماعية في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

١- تقوم الوزارة بدعم مشروع الأسر المنتجة لا سيما بين الفئات والشرائح الاجتماعية المعرضة للإدمان وذلك رفعاً لمستوى معيشتها ، والحد من الآثار السلبية للبطالة في أوساطها . ويتم تزكية هذه الأسر بمعرفة الجمعيات .

٢- تساعد الوزارة في تقديم الدعم المادي للأسر المعرضة للإدمان أو التي يخضع أحد أفرادها أو عائلها للعلاج أو إعادة التأهيل من خلال الجمعيات .

٣- تسهم الوزارة في التنسيق بين عمل الجمعيات الأهلية متباينة الأهداف في إطار مواجهة الإدمان .

٤- تحفز الوزارة مشروع إنشاء اتحاد نوعي لمكافحة وعلاج الإدمان بين الجمعيات الأهلية .

٥- تساعد الوزارة في إنشاء نوادي دفاع اجتماعي ، أو إلحاق بعض تلك النوادي القائمة فعلاً ، بالجمعيات الأهلية المتخصصة في مجال مكافحة وعلاج الإدمان .

خامساً: دور وزارة الإعلام في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

١- استثمار المناسبات العامة مثل اليوم العالمي لمكافحة الإدمان ، واليوم العالمي للصحة النفسية ، واليوم العالمي لمكافحة التدخين للتوعية والتثقيف بشأن الظاهرة بشكل مكثف وعلى مستوى قومي .

٢- الرد من خلال وسائل الإعلام المختلفة على استفسارات الشباب وتوجيههم لمراكز العلاج سواء بالاتصال المباشر مع الجمهور أو من خلال خط تليفون ساخن يعمل طوال اليوم .

٣- إنتاج برامج وأفلام سواء درامية أو تسجيلية وكتيبات ونشرات وشرائط فيديو حول قضية مكافحة الإدمان تناول كافة جوانب القضية .

٤ - معاونة الجمعيات الأهلية في إعداد وحدة إعلامية متنقلة تقوم ببحث الوسائل السابقة إلى باقي المحافظات (مكتبة متنقلة بها فيديو على سبيل المثال).

٥ - تقديم التدريب اللازم في مجال التوعية لبعض العاملين في إدارات مؤسسات التنشئة الاجتماعية (المؤسسات التعليمية، المؤسسات الدينية) ليكونوا أكثر تأهيلاً في مجال التوعية والتثقيف.

٦ - توفير الإمكانيات اللازمة من مطبوعات وأفلام وشرائط فيديو وبرامج توعية للمؤسسات المختلفة حتى تمارس هذه المؤسسات دوراً أكثر فعالية في مجال مكافحة التعاطي والإدمان.

٧ - تغطية أنشطة الجمعيات الأهلية العاملة في مجال مكافحة الإدمان، وإلقاء الضوء على جهودها في وسائل الإعلام وذلك للعمل على زيادة الوعي العام بخطورة القضية.

٨ - التعاون بين وزارة الإعلام والجمعيات الأهلية من خلال تنظيم لقاءات لعدد من القائمين بالاتصال بهدف زيادة معارفهم حول الموضوع.

٩ - الاستفادة وسائل الإعلام من جهود الجمعيات الأهلية المتخصصة في مجال مكافحة التعاطي والإدمان وذلك بهدف توفير مادة يمكن للقائمين بالاتصال استغلالها في صنع برامج تخدم الرسالة الإعلامية وهدف مكافحة المخدرات.

١٠ - التعاون مع لجنة الإعلام العاملة في إطار المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان لتنشيط هذا التفاعل.

١١- العمل من خلال وسائل الإعلام والحملات الإعلامية المتوازنة على إبراز القيم الايجابية والقذوة الحسنة وأهمية التماسك كمخطط أول في محاربة ظاهرة الإدمان . والتوعية من خلال هذه الوسائل والحملات بأخطار الإدمان الصحية والنفسية والاجتماعية بغرض مكافحة التعاطي والإدمان ، ولا سيما الخبرات الميدانية العملية للجمعيات ، مع مراعاة خصوصية وأسرار المتعاطين معها ، ويمكن أن يتم ذلك من خلال مواد درامية تحديداً .

١٢- تتعاون وزارة الإعلام مع الجمعيات الأهلية المتخصصة في مجال مكافحة التعاطي والإدمان في توفير مطبوعات ومنشورات ووسائل إيضاح وأفلام للقائمين بالاتصال بما يساعد على تقديم مواد إعلامية تخدم هدف المكافحة .

سادساً: دور وزارة التعليم في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

١- مساهمة المؤسسات التعليمية (المدارس والجامعات) في وضع خطة تثقيفية وتدريبية تتولاها الجمعيات الأهلية للفئات التالية :-

الفئة الأولى : القيادات التربوية من :

- إخصائين اجتماعيين ونفسيين .

- مدرسين ورواد أنشطة .

الفئة الثانية : قيادات اتحادات الطلاب بالمدارس والجامعات .

الفئة الثالثة : مجالس الآباء والمعلمين بالمدارس .

الفئة الرابعة : قادة ورواد رعاية الشباب بالجامعات .

٢ - إتاحة الفرصة للجمعيات الأهلية كي تزود المدارس الواقعة في نطاقها بالكتب والمطبوعات اللازمة لعملية مكافحة .

٣ - إتاحة الفرصة للجمعيات الأهلية للتعاون مع المدارس لتحقيق هدف الاكتشاف المبكر للمواد المؤثرة على الأعصاب من خلال ملاحظة المدرسين لتباينات أداء الطلاب ومستويات نشاطهم .

٤ - التعاون مع الجمعيات الأهلية في تقديم كافة المعلومات الإرشادية للمدارس سواء تليفونياً أو بشكل مباشر من خلال مراكزها المتخصصة .

٥ - تنظيم محاضرات وندوات ومسابقات ثقافية عن مخاطر الإدمان لتعريف الطلاب بخطورة المواد والعقاقير المخدرة وأضرارها حتى لا يحصلوا على معلومات خاطئة عنها من جهة أخرى .

سابعاً: دور وزارة القوى العاملة في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

١ - تتعاون الوزارة مع الجمعيات بأن تساعد في القيام بعقد الندوات والمؤتمرات في مجال مكافحة الإدمان للقاعدة العمالية في كل مؤسسة داخل النطاق الجغرافي للجمعية .

٢ - التعاون مع الجمعيات في نشر وتوزيع المطبوعات والنشرات حول مخاطر الإدمان على مكاتب المؤسسات الصناعية والعمالية .

٣ - إتاحة السبل للجمعيات للقيام بتوعية القيادات داخل هذه المؤسسات باعتبارهم قادة للرأي وبحيث يقومون هم بالتوعية للقاعدة العريضة من العمال ومن ثم :

- تساعد الجمعيات بتحديد القيادات الفعلية بين العمال وليس مجرد الأشخاص الذين يحتلون موقعاً رئاسياً بينهم .

- تساعد الجمعيات في تنظيم دورات تدريبية مكثفة لهذه القيادات حول التعاطي والإدمان ، وأخطارهما ، وكيفية الاكتشاف المبكر لهما .

٤ - تساهم الوزارة مع الجمعيات في إجراء بحوث حول ظاهرة الإدمان بين العمال ، وأثرها على قوى الإنتاج اقتصادياً واجتماعياً .

ثامناً: دور وزارة الثقافة في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

١ - تعمل الوزارة على دعم الأنشطة الثقافية المتصلة بمواجهة ظاهرة الإدمان وذلك بإصدار نشرات وكتيبات وأفلام تستخدمها الجمعيات في إطار عملها .

٢ - تنظم وزارة الثقافة مسابقات ثقافية وبحثية حول مواجهة ظاهرة الإدمان . ويمكن أن يتم ذلك على مستوى النطاقات الجغرافية ومن خلالها .

٣ - تنظيم ندوات ومؤتمرات ومحاضرات بالتعاون مع الجمعيات بهدف التوعية بأخطار الإدمان .

٤ - معاونة الجمعيات في انجاز البحوث حول ظاهرة الإدمان وسبل مواجهتها أو الإفادة بخبراتها العملية في هذا المجال .

٥ - الإفادة من الخبرات العملية للجمعيات في بلورة أعمال أدبية لمواجهة الظاهرة .

٦ - معاونة الجمعيات في نشر وتوزيع الأعمال الثقافية الموجهة لمكافحة الإدمان .

تاسعاً: دور وزارة الصحة في دعم الجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان

وتبدأ هذه المرحلة بالاكتشاف المبكر لمتعاطي المواد المؤثرة على الجهاز العصبي ومدمنيها مروراً بعلاجهم وانتهاء إلى الحياة الاجتماعية كأشخاص أسوياء سليمين من جديد .

١ - مرحلة الاكتشاف المبكر

ويمكن من خلالها إجراء فحوص دورية على الفئات المستهدفة (الهشة) أو عينات منها مثل السائقين عند تجديد الرخص ، أو الطلاب الجامعيين ، والمتقدمين للكليات العسكرية ، وطلاب التعليم الأساسي والثانوي ، دون إعلان عن كونها تحليلات لاكتشاف نسبة المخدر في البول أو الدم مثلاً وهي مرحلة لا يمكن الوفاء بمقتضياتها دون دعم وتنسيق مع وزارة الصحة .

يمكن كذلك التعاون مع الإخصائين الاجتماعيين وإخصائيي رعاية الشباب والأخصائيين النفسيين لتحقيق غرض الاكتشاف المبكر للمتعاطين منعاً لترديهم في هاوية الإدمان .

٢- مرحلة العلاج

حيث يتجه الجهد للتغلب على مرحلة الانسحاب في مراكز علاجية للمدمنين تسهم الجمعيات في إنشائها أو تشرف عليها ومن ثم تساعد الوزارة الجمعيات في :

– إنشاء مزيد من مصحات علاج الإدمان وضمان الجودة النوعية للخدمات بها استناداً لمقاييس منظمة الصحة العالمية ، بحيث تخدم هذه المصحة جمعية متخصصة في مكافحة أو بضع جمعيات ، وبحيث تكون منفصلة عن المصحات العقلية .

- دعم العيادات الخارجية الملحقة بخدمة الصحة المدرسية وإنشاء المزيد منها بحيث تتمكن من التدخل العلاجي في حالات التعاطي المبكر.

- أن تقوم الجمعيات المتخصصة في مكافحة وعلاج الإدمان بالدعم الفني والتدريبي للعيادات الخارجية القائمة على علاج عمال الصناعة والزراعة والخدمات، بحيث تتمكن من اكتشاف وعلاج التعاطي المبكر، ومن ثم تحويل المدمنين إلى المصحات المتخصصة.

- تدريب الكوادر من أطباء وأخصائيين نفسيين واجتماعيين وهيئة تمريض للعناية بالمدمنين، وذلك تحت إشراف الوزارة وبمعرفة الجمعيات المتخصصة.

- أن تستقدم الجمعيات بالتعاون مع الوزارة خبراء من الدول المتقدمة في مجال علاج الإدمان للإفادة من خبرتهم في هذا المجال سواء من خلال ترتيب زيارات عمل أو مؤتمرات تركز على الجانب العلاجي لتعاطي المواد المؤثرة على الجهاز العصبي وإدمانها.

وأخيراً يجب أن تركز الجمعيات على أن العلاج يستمر لمرحلة التأهيل وليس مجرد الانسحاب فحسب وبالتالي يراعى التنسيق المستمر مع وزارة الصحة خلال المراحل اللاحقة لعلاج الانسحاب.

لابد لنا أن نتساءل لماذا أغفل المجلس دور وزارة الداخلية في دعم الجمعيات الأهلية، وسرعان ما تأتي الإجابة إذا ما درسنا تجربة مصر في مواجهة المخدرات وهي تجربة ثرية وقوية بدأت منذ عام ١٨٧٩م كما أسلفنا وكان لمكتب المخدرات العام للمواد المخدرة التابع لوزارة الداخلية منذ إنشائه عام ١٩٢٩م قيادة الجهود في مجال ضبط جرائم المخدرات، ثم في العام التالي لإنشائه قاد الجهود في مجال خفض الطلب على المخدرات وترسخت

على مدى السنوات الماضية قواعد التنسيق بين المكتب والأجهزة الحكومية والأجهزة غير الحكومية في جميع ميادين المشكلة وعندما انشئ مجلس وزراء الداخلية العرب وأقر الاستراتيجية العربية لمكافحة إساءة استخدام المخدرات وخططها المحلية الخمس قادت أجهزة مكافحة المخدرات في اغلب الدول العربية مواجهة الاتجار غير المشروع بالعقاقير ووجهه الثاني المرتبط به وجوداً وعدمياً وهو الاستخدام غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية أي أن دور وزارة الداخلية تنظمه قواعد عرفية وتشريعية تراكمت على مدى السنوات الطويلة الماضية .

والمثل الحي على ذلك المشروع الذي وقعه المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بتاريخ ٢٩ مارس ٢٠٠٧م مع الفريق قائد شرطة دبي لمواجهة العرض والطلب على المخدرات والمؤثرات العقلية وتموله شرطة دبي بمبلغ ٢, ١ مليون دولار وجزء من هذا المشروع موجه لخفض الطلب على المخدرات في الإمارات العربية المتحدة . ويتضح من بيان دبي حول التخطيط والتعاون الاستراتيجي في مجال مكافحة المخدرات الذي أعلنه ممثلو أجهزة مكافحة المخدرات العربية المشاركون في الندوة العربية التي عقدت بمدينة دبي خلال الفترة من ٢٩ إلى ٣١ أكتوبر ٢٠٠٧م والذي استذكروا فيه الإعلان السياسي والمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات (الجمعية العامة للأمم المتحدة ، الدورة الخاصة ، يونيو ١٩٩٨) . وتوصيات وقرارات مجلس وزراء الداخلية العرب بشأن مكافحة المخدرات وخفض الطلب على المخدرات وأعلنوا فيه تعزيز التعاون وتفعيله وتنسيق الجهود وفقاً لإجراءات عمل محددة لتحقيق الأهداف التالية : التخطيط والتعاون الاستراتيجي ، تفعيل التعاون والتنسيق ، تعزيز التعاون عبر الحدود ، تنمية الموارد البشرية والتدريب ، والتوعية والوقاية من المخدرات

وتفعيل دور المؤسسات الإعلامية وتوحيد رسالتها وتكثيف حملات توعوية تستهدف كافة شرائح المجتمع وكذلك القطاع الخاص وتشجيع العمل التطوعي . ويتابع تنفيذ بيان دبي لجنة مكونة من المديرية العامة لمكافحة المخدرات بالمملكة العربية السعودية والإدارة العامة لمكافحة المخدرات بجمهورية مصر العربية ومكتب مكافحة المخدرات في لبنان وإدارة مكافحة المخدرات بالأردن بالتنسيق مع الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومكتبه الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا .

وواضح من هذا البيان أن أجهزة مكافحة في الدول السابق الإشارة إليها هي التي ستقوم بإدارة وقيادة العمل المشترك لمواجهة ظاهرة الاتجار غير المشروع بالعقاقير وتعاطيها . واعتقادي أن أهم ما في البيان هو التقويم الذي سيقوم به مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بالتنسيق مع الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب ومن ثم تقديم تقرير للندوة العربية الثانية للتخطيط والتعاون الاستراتيجي في مجال مكافحة المخدرات لأن هذا التقويم هو الذي سيبين ما إذا كان بيان دبي قد تم تفيذه بجهد مخطط وإخلاص فائق أم أن هناك عقبات قد حالت دون ذلك وكيفية تخطي هذه العقبات .

ولا شك أن تركيز البيان على الاستفادة من الخبرات المتراكمة لدى المكتب المعني بالمخدرات والجريمة يضع أمام المؤسسات الحكومية وغير الحكومية المعنية بمواجهة المخدرات ما يلي :-

١ - القواعد التوجيهية لرصد وتقييم برامج وقاية الشباب (الفئة المهمشة) من تعاطي المخدرات .

٢- برنامج مراقبة الحاويات التي تستخدم في التهريب البحري للمخدرات وهو برنامج مشترك بين المكتب المعني بالمخدرات والجريمة والمنظمة العالمية للجمارك ، والاستفادة من المشروعات التي قام بها المكتب والمنظمة والأجهزة الوطنية المعنية في غانا والسنغال وباكستان وأكوادور .

٣- المهارات اللازمة للإدارة والتحليل الأساسيين لبيانات تعاطي المخدرات التي تم جمعها في إطار البرنامج العالمي لتقدير مدى ظاهرة إنتشار تعاطي المخدرات .

٤- تقييم عمل المكتب المعني بالمخدرات والجريمة في مجال التنمية البديلة في بلدان آسيا وأمريكا اللاتينية والاستفادة من نتائج دراسة التنمية البديلة في تايلاند والبيرو . وخاصة بالنسبة للدول العربية التي تنتشر بها زراعات القنب أو الخشخاش .

٥- الشبكة الدولية لمراكز العلاج وإعادة التأهيل التي تتولى قيادتها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وهي شبكة تيسر تبادل المعلومات عن العلاج في إطار المجتمع المحلي والوقاية من الإيدز وفيروسه ، وإعادة التأهيل في بيئات السجون ، وجهود إعادة الإندماج في المجتمع (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ، ٢٠٠٦ ، UPDATE ، العدد ١ ، ص ١٦) .

بالإضافة إلى الذخيرة المتعمقة والكثير من دراسات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية في مجال مكافحة عرض المخدرات وطلبها والتي يمكن بسهولة الوصول إليها والحصول عليها بالاستعانة بالكتيبات والمذكرات التي تصدرها الجامعة سنوياً عن إنجازاتها في جميع ميادين مشكلة المخدرات بما

في ذلك إنجازات الجامعة في مجال خفض الطلب والتي يقدمها ممثل الجامعة سنوياً في المؤتمرات العربية لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات .

والسؤال الذي يطرح نفسه بعد عرض الاستراتيجيات الدولية والعربية والوطنية هو هل أفلحت هذه الاستراتيجيات في الحد من انتشار المخدرات . الواقع أن التقرير الإثنا سنوي الخامس للمدير التنفيذي للمكتب المعني بالمخدرات والجريمة الذي عرضنا نتائجه في المبحث الأول يشير إلى أن الجهود قد أفلحت في منع تضخم مشكلة المخدرات ولكن النتائج ما زالت بعيدة عن تحقيق الأهداف المتوخاة في عام ٢٠٠٨ م .

وعلى المستوى الوطني أفردت صحيفة الإهرام المصرية الطبعة العربية الصادرة بتاريخ ١١ ابريل ٢٠٠٨م الموافق ٥ ربيع الآخر ١٤٢٨هـ أفردت نصف الصفحة رقم ١٨ المخصصة للفكر الديني لاستطلاع رأي كوكبة من علماء الدين وأساتذة علم الاجتماع وعلم البيئة وخبراء علاج الإدمان حول ظاهرة انتشار المخدرات فأجمعوا على تزايد إقبال الشباب على تعاطي المخدرات وردوها إلى عدة أسباب منها البطالة والفقر وملاً وقت الفراغ والأمية وفساد وخراب الدم وافتقاد العدالة وعدم تقوية الوازع الديني . والواقع أن الاستراتيجيات قد تعرضت لكل ذلك وظهر ذلك واضحاً جلياً في استراتيجية القاهرة وبيان دبي . وقد وعى الأقدمون لذلك فمنذ ما يزيد على ألفي عام قال المؤرخ الأغرقي بلوتارك في كتابه «ايزيس وأوز ريس» «وجدت في التاريخ مدناً بلا حصون ومدناً بلا أسوار ومدناً بلا مدارس ولكن لم أجد مدناً بلا معابد» (بوعزه ، ٢٠٠٦ ، ص ١) . وهذه العبارة القديمة تعني أن الشعور الديني ينبع من الفطرة أو يعود إليها . وتقوية الوازع الديني يعمق في النفس مخافة الله ومخافة الله تمنع الإنسان من ارتكاب المعاصي ومن هذه المعاصي تعاطي المخدرات .

إن نظرة منصفة إلى مدن العالم العربي المستقلة لن تجد فيها الاتجار العلني بالمخدرات أو التعاطي العلني لها، وإذا وجد فلا يكون إلا فيما يسمى المناطق العشوائية أو قاع المدينة وقد شاهدت بعيني المخدرات تباع علناً حتى في الشوارع والميادين بنيويورك واستكهولم وبرلين الغربية قبل أن تعود موحدة. لذا كانت التوصية الصادرة عن المؤتمر العربي الحادي والعشرين لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات في شأن تفعيل دور مؤسسات المجتمع المدني المعنية بخفض الطلب على المخدرات ودعمه وهو ما تناوله الدراسة الميدانية في المبحث الخامس بعد أن تناولنا واقعه وإطاره النظري والفكري والإحصائي في المباحث الأربعة التي تسبقه.

١٠ - يتعين على الدول الأعضاء أن توسع نطاق شراكاتها لتشمل جميع الجهات ذات المصلحة ومنها مؤسسات المجتمع المدني؛

١١ - يلزم أن تبحث الدول الأعضاء عن المزيد من الفرص لإقامة الشبكات والتشارك في الدروس المستفادة والممارسات الجيدة، التي يمكن تكييفها لتلبي الاحتياجات المحلية، في مجال خفض الطلب على المخدرات، من أجل تضيق الفجوة بين الدول التي تملك خبرة طويلة في خفض الطلب على المخدرات وفي البرامج المستمرة، من جهة، والدول التي تفتقر إلى الخبرات والموارد اللازمة، من جهة أخرى؛

ويرى واضعو التقرير أن سلوكيات تعاطي المخدرات تتأثر بعوامل متعددة وأنه من الصعب تحديد عنصر وحيد بصفته سبب التغيير الملاحظ في حجم المشكلة وبالتالي صعوبة عزو الاتجاهات الإيجابية من انخفاض أو استقرار لبرامج خفض الطلب المنفذة، وإن كان ذلك يظهر واضحاً في المناطق التي نفذت برامج مستمرة ورصدت لها موارد كافية. ويرى واضعو التقرير أن برامج خفض الطلب المنفذة لن تظهر نتائجها إلا في المستقبل لأن سلوكيات تعاطي المخدرات تنحو إلى التغيير ببطء (E/CN.7/2/2008/A dd.1)

ويرى واضعو التقرير أيضاً أن الشباب في حاجة إلى تنمية الاحساس بالاعتداد بالنفس ويمكن تحقيق ذلك من خلال تقديم المزيد من الدعم للبرامج الأسرية وبرامج توعية الشباب في المدارس والمعسكرات وأضف إلى ذلك تنمية الوازع الديني الذي يحقق الاعتداد بالنفس أكثر من غيره وخاصة إذا ذكرنا الشباب باستمرار أن الله سبحانه وتعالى فضل آدم على سائر مخلوقاته .

الفصل الخامس
الدراسة الميدانية

٥ . الدراسة الميدانية

تمهيد

للتعرف على دور مؤسسات المجتمع المدني في خفض الطلب على العقاقير والمعوقات التي تحول دون تحقيق المؤسسات للنتائج المأمولة وكيفية التغلب على هذه العوامل وتقوية دور المؤسسات استخدم الباحث أداتين : الأداة الأولى هي المقابلة الشخصية ، والأداة الثانية هي الاستبيان .

٥ . ١ المقابلات الشخصية

أجريت ثلاث مقابلات شخصية الأولى مع مدير أقدم جهاز لمكافحة المخدرات في العالم العربي ، والثانية مع عضو مجلس إدارة جمعية أهلية أو غير حكومية أو خيرية هي الأقدم في مجال خفض الطلب إذ هي الجمعية التي جمعت بين تدابير الوقاية وتدابير علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم ورعايتهم رعاية لاحقة ، والثالثة مع المدير التنفيذي لأول منظمة دولية غير حكومية تعمل في مجال خفض الطلب على المخدرات .

٥ . ١ . ١ اللقاء مع مساعد وزير الداخلية مدير الإدارة العامة

لمكافحة المخدرات المصرية

يعود تاريخ إنشاء الإدارة العامة لمكافحة المخدرات إلى العشرين من مارس ١٩٢٩م وكانت تحمل اسم مكتب المخبرات العام للمواد المخدرات وكان يرأسها حكمدار بوليس مصر وكان المكتب أول جهاز مركزي متخصص لمكافحة المخدرات ليس في العالم العربي فقط بل في العالم أجمع

حيث أنشئ في العام التالي لانشائه الجهاز المتخصص الأمريكي والجهاز المتخصص الألماني . وفي عام ١٩٤٦ م وهو العام الذي تم تمصير الوظائف فيه أصبح للجهاز رئيس مصري هو حكمدار بوليس مصر وتولى جميع الوظائف في المكتب موظفون مصريون . وفي عام ١٩٤٧ م نقلت تبعية الجهاز إلى مصلحة الأمن العام وتغير مسماه إلى إدارة مكافحة المخدرات ، وفي عام ١٩٧٦ م أصبح الجهاز إدارة عامة هي الإدارة العامة لمكافحة المخدرات التابعة لقطاع الأمن الاجتماعي . وعلى مدى سنوات الجهاز الثمانين حقق نتائج متميزة ليس في مجال الحد من الاتجار غير المشروع في العقاقير أو غسل الأموال المتأتية من تجارتها أو الرقابة على السلائف والكيماويات المستخدمة في الصنع غير المشروع أو التشييد غير المشروع للعقاقير بل في مجال خفض الطلب أيضاً . واللواء محمد فرحات مساعد وزير الداخلية مدير الإدارة العامة من أبناء الجهاز الذين بدأوا العمل في مجال مكافحة المخدرات من أول السلم فقد كان رئيساً لمباحث قسم الدرب الأحمر بمديرية أمن القاهرة حيث الباطنية التي كانت بورصة الاتجار غير المشروع بالعقاقير وكان يلتقي فيها المدمنون والتجار وساهم بجهده في العمليات الشرطية التي أدت إلى القضاء على أسطورة التجارة العلنية للمخدرات كما كان صاحب أسلوب متميز في ضبط قضايا المخدرات وفي استهداف كبار تجار المخدرات والتشكيلات الإجرامية لعصابات الاتجار غير المشروع بها ، وقد التقت باللواء فرحات يوم الثلاثاء ١٧ أبريل ٢٠٠٨ م وفيما يلي موجز لإجابات ما طرحنا عليه من أسئلة .

أولاً: مدى التعاون بين الإدارة والجمعيات الأهلية

إن وزارة الداخلية رغم اختصاصها الأصيل بجانب (مكافحة العرض) من خلال مكافحة صور التعامل في المواد المخدرة والمؤثرات العقلية من منع انتاجها وجلبها وتهريبها والاتجار فيها وتعاطيها . . . الخ ، فإنها لم تدخر جهداً لدعم جهود (خفض الطلب) على المخدرات ، كما تؤكد على حرصها الدائم على عدم دخول أشخاص جدد إلى دائرة التعاطي أو الإدمان مع توجيه عناية خاصة لفئات الشباب والطلاب . وتمثل جهود وزارة الداخلية من خلال دعم جهود الوقاية بالتنسيق مع أجهزة خفض الطلب الحكومية وغير الحكومية ومع منظمات المجتمع المدني والتي تشهد في الوقت الحالي تنام في أنشطتها ودعم رسمي لها من خلال تخصيص دور لها باستراتيجيات مكافحة سواء القومية لمكافحة المخدرات أم الخاصة بحماية النشء من المخدرات أو العنف والمنبثقة عن المجلس القومي للطفولة والأمومة .

كما أن وزارة الداخلية وإيماناً منها بأهمية وحثمية دفع جهود خفض الطلب ودعمها لتحقيق مكافحة شاملة ومتكاملة لمشكلات المخدرات قد أنشئت في عام ٢٠٠٣م قسماً بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات بمسمى قسم الاتصال بأجهزة خفض الطلب بهدف تقوية قنوات الاتصال والتنسيق بين الإدارة والأجهزة العاملة في مجال خفض الطلب ، وتقديم الخبرة والمعلومات اللازمة لجهود التوعية .

وقد بلغ مجمل الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعي التي تعنى بمشكلة التعاطي والإدمان أكثر من ١٦٦ جمعية ونادياً موزعة على محافظات الجمهورية كافة ، ومعظمها متعاون مع المجلس القومي لمكافحة وعلاج

الإدمان وصندوقه في دفع جهود التوعية ، والإدارة العامة لمكافحة المخدرات بدورها ومن خلال مشاركتها في معظم جهود المجلس وصندوقه تتعاون مع هذه الجمعيات وتدعم جهودها في التوعية ؛ وجميعها تسعى لتحقيق دورها في حدود امكاناتها المادية والبشرية .

ثانياً: دور الجمعيات الأهلية في مجال خفض الطلب ومدى فعاليته

الجمعيات الأهلية العاملة في مجال مكافحة المخدرات تقوم بأدوار متعددة منها التوعية بأخطار المخدرات والإدمان ، ومساعدة أسر المدمنين ، وعلاج المدمنين ، وتشجيع البحث العلمي في مجال مكافحة الإدمان ، ورعاية الفئات الهشة والضعيفة ، والتأهيل ، وتقديم خدمات ومساعدات اجتماعية لأهالي المنطقة ، وخدمة المنطقة صحياً واجتماعياً ورياضياً وثقافياً ، وشغل أوقات الفراغ بالنسبة للشباب ، ورعاية المعرضين للإدمان ، وعلاج الإدمان وتأهيل المعاقين وإن كان دورها في الوقاية أكبر من دورها في علاج المدمنين . ومن آلياتها ووسائلها لتحقيق هذه الأدوار التنسيق مع الأجهزة الحكومية ، عقد ندوات توعية ، وشغل أوقات الفراغ ، وإصدار مطبوعات غير دورية ، واستخدام أسلوب المناقشات الجماعية في علاج الإدمان ، وإصدار نشرة أو مجلة دورية ، وإنشاء عيادات متخصصة لعلاج الإدمان ، ومساعدة الطلبة المعرضين للإدمان ، وإقامة معسكرات للشباب ، ورعاية أطفال المدمنين .

ويبرز الدور الحيوي للجمعيات الأهلية إذا ما توافرت لها الإمكانيات اللازمة سواء المادية أو الفنية لتصبح رأس الحربة في مواجهة الطلب على المخدرات وفي التعامل مع المشكلات الصحية والاجتماعية المترتبة على تعاطيها وإدمانها ، وذلك لأنها تتلاقى بصورة أكبر مع مجتمعاتها المحلية

وتلتصق بالطبقات الشعبية والفقراء والمهمشين ، مما يجعلها أقدر على التعامل مع هذه المشكلة .

ثالثاً: المعوقات التي تحول دون تحقيق الجمعيات الأهلية لأهدافها على الوجه الأكمل

من أبرز المعوقات التي تواجه أنشطة الجمعيات الأهلية هي :

١- ضعف الموارد المالية ومحدودية مصادرها والتي تقتصر على الدعم الحكومي المقدم لأندية الدفاع الاجتماعي وتبرعات الأعضاء بالجمعيات ، مما ينعكس على عدم القدرة على توفير التجهيزات الفنية والتقنية اللازمة لأداء مهامها ، والافتقار إلى الطواقم البشرية الفنية الكفاء لانعدام التدريب وضعف البناء المؤسسي والتنظيمي لهذه الجمعيات .

٢- قلة الإقبال الجماهيري للمشاركة في العمل التطوعي ، نتيجة لقلة الوعي وعدم الإعلام الجيد لأنشطة هذا القطاع ، وإن كانت الفترة الأخيرة تشهد تحركاً ملموساً نحو تنامي فكرة العمل التطوعي .

٣- ضعف التنسيق والتعاون بين الأندية والجمعيات وبعضها لتحقيق عمل جماعي متكامل تتضافر فيه جهودهم مجتمعة .

رابعاً: مقترحات تلافي المعوقات

لا شك أن أبرز المعوقات يرجع إلى ضعف الموارد المالية وهو العامل الرئيسي لكافة معوقات عمل هذه المنظمات . وحل مشكلة التمويل وتلافي المعوقات يتطلب الآتي :

١ - تطوير البناء المؤسسي والتنظيمي للجمعيات مما يمكنها من القيام بتعبئة الموارد المالية .

٢ - توعية المواطنين حول دور هذه الجمعيات من خلال وسائل الإعلام لحفزهم على المشاركة بالمال والجهد .

٣ - حفز رجال الأعمال كمؤسسات وأفراد على تقديم الدعم المادي وإقناعهم بأهمية دورهم الاجتماعي .

٤ - تفعيل دور الاتحادات النوعية والإقليمية في التنسيق والتشابك بين الجمعيات وتوحيد جهودها .

٥ . ١ . ٢ . اللقاء مع الأستاذ الدكتور عضو مجلس إدارة جمعية أولى العزم الأهلية والمسئولة عن برامج خفض الطلب بها

أنشئت جمعية أولى العزم الدينية عام ١٩٥٢م وكان وما زال شعارها قوله تعالى : ﴿ فَاصْبِرْ كَمَا صَبَرَ أُولُوا الْعَزْمِ مِنَ الرُّسُلِ ... ﴾ (سورة الأحقاف) وكانت الفكرة وراء انشائها ألا تقتصر وظيفة المسجد على الناحية الدينية فقط بل يجب أن تمتد لنواح علمية تربوية وتطبق حقيقة الدين ودور المسجد الجامع الأول في عهد الرسول ^٥ ، وتمتد كذلك لتتضمن الصحة بمعناها الواسع التي تشمل صحة البدن وصحة النفس وصحة المجتمع وصحة العقيدة ، (أبوالعزائم ، ١٩٨٢ ، ص٨) . وكان للدكتور جمال ماضي أبوالعزائم رائد علاج المدمنين في مصر ومن بعده أبنائه وخاصة الدكتور أحمد الذي التقيناه مرات عديدة أثناء إجراء هذه الدراسة ، والكثير من أبناء الإمام أبوالعزائم الفضل في استمرار مسيرة الجمعية على مدى ما يقرب من خمسين عاماً ، وتحقيق نتائج في مجال خفض الطلب على المخدرات جعلت من

الجمعية رائدة للعمل الطوعي في مجال خفض الطلب على المخدرات في العالم العربي وكان من بين العلماء البارزين الذين ساهموا بخبرتهم وعلمهم في أنشطة الجمعية الدكتور عبدالرازق السنهوري فقيه القانون المدني، والدكتور محمد أبوزهرة فقيه الشريعة الإسلامية، والدكتور مهدي علام عميد كلية آداب القاهرة، والدكتور محمد الفحام شيخ الأزهر الشريف، والدكتور أحمد منخرط في جهود خفض الطلب على المخدرات منذ نعومة أظافره سواء من خلال عضويته لجمعية أولي العزم الدينية أو رئاسته للاتحاد المصري للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان أو رئاسته للاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان وعلاقاته القوية بالجمعيات الإقليمية والدولية والعربية المعنية بالصحة النفسية وخفض الطلب على المخدرات أو من خلال كونه أستاذاً للطب النفسي ورئيساً سابقاً للاتحاد العام للصحة النفسية وكان آخر لقاء لي بالدكتور أبو العزائم يوم السبت ٢١ أبريل ٢٠٠٨م وفيما يلي موجز لإجابات ما طرحناه عليه من أسئلة.

أولاً: مدى التعاون بين الجمعية والأجهزة الحكومية المعنية بخفض الطلب على المخدرات وتقليل العرض

جمعية أولي العزم الدينية من أقدم الجمعيات التي عملت في مجالات الخدمات الاجتماعية النفسية وهي أول من قدمت نموذجاً للمسجد الذي يقدم خدمات عديدة مع الوزارات الوطنية وأجهزتها الحكومية المعنية بمواجهة المخدرات من مختلف جوانبها وخاصة وزارة الداخلية حيث أقمنا خطوط اتصال مع مصلحة الأمن العام والإدارة العامة لمكافحة المخدرات والإدارة العامة لشرطة رعاية الأحداث كما تربطنا صلات وثيقة بمراكز وأقسام الشرطة في الجهات التي توجد فيه المقر الرئيسي للجمعية وفروعها

في القاهرة والجيزة وغيرها من المحافظات . والجمعية تعمل مع الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان والاتحاد النوعي للوقاية والعلاج من الإدمان والاتحاد العالمي للصحة النفسية والجمعية العامة לנוادي الدفاع الاجتماعي والمجلس القومي للطفولة والأمومة ومنظمة الوحدة الافريقية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة والمجلس الدولي لمكافحة الإدمان على المخدرات والمسكرات والجمعية المركزية لمكافحة المخدرات وجمعية برايد مصر المعنية بخفض الطلب على المخدرات ، كما تشارك في المؤتمرات التي تنظمها منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل العالمية ومؤتمرات الكويت لخدمات الصحة النفسية الطارئة بالإضافة إلى المشاركة في اجتماعات الأمم المتحدة للمخدرات ، والمؤتمرات التي تدعو لها وتنظمها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، كما شاركتنا الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في الدورات التي كنا نعقدتها لرفع مستوى اداء أئمة المساجد والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأتمنى أن تتسع دائرة التعاون بيننا وبين الأجهزة الحكومية المعنية بمواجهة المخدرات من أجل حماية المجتمع من خطر الإدمان على المخدرات .

ثانياً: الأنشطة التي تقوم بها الجمعية في مجال خفض الطلب على المخدرات ومدى فعاليتها

بالإضافة إلى الأنشطة التي تقوم بها الجمعية في مجال علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم ورعايتهم ورعاية أسرهم رعاية لاحقة وانشطة التوعية التي تقوم بها من خطب الجمعة والدروس الدينية والندوات الدينية . وعقدت الجمعية ندوات تثقيفية شملت ٥٠ نادياً للشباب و٧٦ نادياً ثقافياً وأقامت معسكرات صيفية في المدن الساحلية ومعسكرات شتوية في مدن الصعيد

بالإضافة إلى ندوات تثقيفية بالمدارس والجامعات . كذلك تقوم الجمعية بأنشطة تدريبية لتدريب الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين بالمدارس .
وأهم الأنشطة التي قامت بها الجمعية لوقاية المجتمع من الإدمان ثلاثة :

المشروع الأول : مشروع حماية الطفل العامل ووقايته من الإدمان

بدأ تنفيذ المشروع عام ٢٠٠٠م وما زال العمل جارياً فيه حتى الآن ،
وأعطى المشروع دفعات قوية توصيات المؤتمر القومي لوقاية النشء من التعاطي والإدمان الذي عقد بدعوة خاصة من المجلس القومي للطفولة والأمومة وتوصيات المؤتمر السنوي للاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان وخاصة التوصية الصادرة في شأن إنشاء نواد لرعاية صغار العاملين بالورش والمحلات والمصانع لحمايتهم من الإقدام على تجربة تعاطي المخدرات ، والعمل على اتخاذ ما يلزم للاكتشاف المبكر لحالات التعاطي والتدخل لإبعاد الصبية عن الاستمرار في التعاطي وعلاجهم وتأهيلهم ورعايتهم ورعاية أسرهم لمنع انتكاسهم . وقد افتتحت الجمعية أول ناد للطفل العامل عام ٢٠٠١م .

أهداف نادي الطفل العامل :

- ١- خفض العمالة المبكرة للأطفال .
- ٢- مسح المشكلات الاجتماعية التي تؤدي إلى التسرب للتعليم والعمل المبكر .
- ٣- التعرف على المصاعب التي تواجه الطفل ومضاعفات العمل المبكر وذلك من خلال :

- أ- العمل على خفض التوتر والضغط التي تقع على الطفل العامل نتيجة لتواجده في الطريق بعيداً عن الأسرة مدة طويلة .
- ب- تقديم مشورة واعية من أعضاء المجتمع لهؤلاء الأطفال (مرشد الطفل) .
- ج- تحفيز المجتمع لدعم اطفال الحرف والشوارع خاصة من يعيشون أزمات حادة .
- د- تقديم خدمة اجتماعية وإعانة عند اللزوم .
- هـ- عقد لقاءات منظمة بين هؤلاء الأطفال وقيادات المجتمع وتقديم دراسة متعمقة عن متغيرات حياتهم .
- و- خفض طلب هؤلاء الأطفال على تعاطي المخدرات ووقايتهم من الإدمان من خلال :
- تغيير موقفهم السلبي من المخدرات في إطار برنامج تعليم صحي .
- وقف بيع المستنشقات الضارة للأطفال من خلال زيارات لأماكن البيع بالحلي .
- منع حدوث مضاعفات مصاحبة للتعاطي .
- د- مناقشة مضاعفات الإدمان في جلسات التثقيف الصحي .
- ز- زيادة ارتباط أطفال الحرف والشوارع بشخصيات من المجتمع غير المتعاطي .

ح- تواجد مرشدين صحيين اجتماعيين في المجتمع لمقابلة هؤلاء الأطفال طوال الأسبوع وعمل رحلات معهم ويفضل أن يكونوا متطوعين .

ط- تقديم الدعم لهم للاشتراك في ساحات الشباب والمشاركة في الندوات المختلفة .

ي- تدريبهم على تحمل اختلاف وجهات النظر وتدريبهم على الامتناع عن المشاركة في المعارك والتوقف عن ارتكاب العنف مع الآخرين وتعليمهم حل الصراعات والتفاوض وحماية حقوقهم .

ك- إتاحة الفرصة لهم لدروس خصوصية أو محو أمية ورعاية صحية مجانية .

م- تكوين لجنة من الحي لمتابعة العمل في خدمة هؤلاء الأطفال والشباب .

ن- لقاء منتظم يومي -برنامج شوتايم رسوم متحركة، عالم الحيوان، وابتكارات وهوايات .

ص - اختيار (١٥) اخصائياً اجتماعياً ونفسياً من المدارس لمتابعة الاطفال الحرفيين الذين يدرسون في مدارس الحي .

ع- تدريب الاطفال على عدة حرف بالتعاون مع التأهيل المهني بالمحافظة .

المشروع الثاني : مشروع نادي أصحاب الورش للوقاية من الإدمان

وهو مرتبط بالمشروع الأول ، وبدأت فكرة النادي بعد إلقاء محاضرة عن الأمن الصناعي والسلامة المهنية في نادي الطفل العامل دُعي إليها اصحاب الورش التي يعمل فيها الأطفال في أول اكتوبر عام ٢٠٠٢م ويهدف نادي أصحاب الورش لما يلي :

١ - تقديم الرعاية الاجتماعية الطارئة بإنشاء صندوق زمالة لأصحاب الورش وعمالهم .

٢ - رعاية مصالح أصحاب الورش مهنيًا وقانونيًا وحمائتهم من التعسف الإداري والضريبي .

٣ - تقديم البرامج التدريبية على إدارة الأعمال وجودة الإنتاج وغيرها من البرامج التدريبية لأصحاب الورش .

٤ - تنظيم برامج رياضية وترفيهية منتظمة لهم ولأسرهم .

٥ - تنظيم ندوات ثقافية عامة تناقش قضايا المجتمع لرفع كفاءتهم الثقافية ولتثقيفهم عن مسؤولياتهم الضريبية .

٦ - تقديم خدمات صحية متميزة ومخفضة لهم ولأسرهم .

٧ - تحفيزهم للمشاركة في تنمية مجتمعهم .

٨ - تقديم المعلومات اللازمة عن السلامة المهنية .

وتنظم الجمعية برنامجاً تدريبياً عن الوقاية من الإدمان يستهدف أصحاب الورش يهدف إلى : التركيز على اصحاب الورش التي يعمل الاطفال لديهم حيث ثبت بالتجربة تخوفهم من مثل هذه المشروعات لما

تمثله لهم عمالة الطفل من رخص في الأجر وعمل شاق لا اعتراض عليه ولا تأمين نظراً لحاجة الاطفال للأجر كدخل رئيسي لأسرهم ، كما ثبت إعاقتهم عودة هؤلاء الأطفال إلى الدراسة إذا تحسنت ظروفهم .

ويشمل التدريب على ما يلي :-

١ - حجم مشكلة التدخين وتعاطي المخدرات وتدابيرها الاقتصادية والصحية والاجتماعية على حياتهم .

٢ - مناقشتهم في الأسباب التي تؤدي إلى عمالة الأطفال المبكرة ومضاعفاتها على حياة هؤلاء الصبية ونموذج من واقعهم خاصة من عمل مبكراً .

٣ - توعيتهم بمضاعفات الإدمان والتدخين وأساليب علاجها .

٤ - توعيتهم بقواعد السلامة المهنية حماية لهم وللعمالة الصغيرة العاملة معهم .

٥ - توعيتهم بالقوانين العقابية الخاصة بالمخدرات .

٦ - توعيتهم بحقوق الطفل العامل والعقوبات المتعلقة بها .

٧ - تحفيزهم للمشاركة في رعاية الطفل العامل وفي برامج تنمية المجتمع مع المجلس القومي للطفولة والأمومة .

٨ - تكوين مجموعة عمل قيادية منهم للتنسيق بينهم وبين بعض في المشاركة في مشروعات تعاونية إنتاجية مشتركة كمدخل لتنمية اقتصادية عالية الإنتاجية والجودة .

المشروع الثالث : مشاركة الشباب لوقاية زملائهم من الإدمان

بدأ هذا المشروع عام ١٩٩٨ م والفكرة وراءه أن المدرسة هي المؤسسة الاجتماعية التي يقضي فيها الشباب (وهم ٣٣٪ من المجتمع) الجزء الأكبر من يومهم والمدرسة مهياً علمياً لأحداث التغيير المطلوب في طلابها وفي تشكيل أفكارهم بأساليب تربوية كما يمكن الاكتشاف المبكر لحالات الاضطرابات النفسية المختلفة وخاصة الإدمان .

أهداف المشروع

كان الهدف الرئيس لهذا المشروع هو ضمان توعية فعالة حول تعاطي المخدرات بين طلاب المدارس الثانوية بالوسائل التالية :

- تدريب الأخصائيين بالمدارس والأخصائيين الاجتماعيين والمدرسين ومديري المدارس على توعية الطلاب التوعية الشاملة بخطورة تعاطي المخدرات ونتائجها المدمرة وأخطارها الاجتماعية .
- تدريب الطلاب على توعية زملائهم .

الأنشطة الرئيسية

شملت هذه الأنشطة ما يلي :

- ١ - إعداد كتيب تعليمات حول برنامج الوقاية والتوعية من أضرار المخدرات لتطبيقه على طلبة المدارس .
- ٢ - تدريب الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس على الاستفادة بأكبر درجة ممكنة من هذا الكتيب في قيامهم بأعمالهم وفي التعامل مع الطلاب .

٣ - الاستفادة من المقررات الدراسية لتوعية جميع الطلاب بأخطار المخدرات .

٤ - المشاركة في الأنشطة الفنية والاجتماعية والأدبية والرياضية وغيرها من الأنشطة الجماعية بعد انتهاء الدراسة .

مبررات تدريب الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمدرسين بالمدارس:

إن تدريب الاخصائي الاجتماعي والنفسي واختيار هذه المجموعات اختياراً جيداً وتدريبهم تدريباً جيداً يرفع مستوى أدائهم ويجعلهم قادرين على تحقيق ما يلي :-

١ - إشراك الطلاب في وضع البرامج واتخاذ القرارات اللازمة لتدريبهم وللمحافظة على صحتهم وكيانهم العام .

٢ - إدراك أن على الطلاب أن يقبلوا المسؤولية المتزايدة على قراراتهم وأعمالهم .

٣ - الاعتراف بأن هناك فرصاً فريدة وقيمة في كل طالب .

٤ - الإصغاء لوجهات النظر الأخرى وقبولها على أنها مشروعة بالنسبة للأشخاص الذين يعتنقونها .

٥ - تقديم المعلومات الحقيقية الدقيقة ووجهات النظر الشخصية والاتجاهات العامة حول استعمال المخدرات للطلاب بطريقة خالية من استخدام السلطة وخالية من الأسلوب الخطابى .
وتكوين المهارات اللازمة للعمل مع الجماعة وتفهم الجانب النفسي لمشاكل الشباب .

ثالثاً: المعوقات التي تحول دون تحقيق الجمعية وفروعها لأهدافها على الوجه الأكمل

المعوقات كلها مادية ولو توفرت الاعتمادات المالية لأمكن أن تغطي
الجمعية وفروعها جميع أنحاء جمهورية مصر العربية

رابعاً: المقترحات

نشر التوعية بجدوى العمل الطوعي للحد من انتشار المخدرات فضلاً
عن أن العمل الطوعي لو اتسع نطاقه فشمّل العالم العربي وأحسن توظيفه
بالعلم والإيمان لمزجنا بين العمل الحكومي والعمل التطوعي من أجل خفض
الطلب على العقاقير والقضاء على الفقر الذي سببه الإدمان والاتجار في
المخدرات، والقضاء على الفساد والعنف وخراب الأسر الناجم عن بلاء
المخدرات والمؤثرات العقلية وأملّي كبير في اتساع نطاق مشاركة الشباب
في قيادة مشروعات وقاية أقرانهم من تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

٥ . ١ . ٣ اللقاء مع المدير التنفيذي السابق للمجلس الدولي
لمكافحة المخدرات والمسكرات ورئيس المكتب
الإقليمي للمجلس بالقاهرة:

تأسس المجلس الدولي لشؤون الكحول والإدمان في ستوكهولم
بالسويد عام ١٩٠٧م في اجتماع أقر فيه التأسيس، واختيار السويسري
روبرت هيركود كأول مدير تنفيذي للمجلس، وفي العام نفسه انتقل المجلس
إلى مقره الدائم في لوزان سويسرا وما يزال هناك مع وجود فروع إقليمية له
في بلدان تمثل القارات الخمس، ويعتبر المجلس الدولي أقدم منظمة

متخصصة في مجال مكافحة الإدمان بكل مظاهره وتنضوي في عضويته أعداد كبيرة من الجمعيات والمراكز الأهلية والحكومية العاملة في مجال مكافحة وعلاج الإدمان .

ويعقد المجلس في كل عام مؤتمراً في مدينة من مدن العالم يحضره مئات الباحثين والمهتمين بشؤون الإدمان لتبادل المعلومات والخبرات في مجال خفض الطلب على العقاقير .

ويضم مجلس إدارة المجلس ثلاثين من الأعضاء يمثلون منظمات ومراكز في بلدانهم ، ويتم انتخاب رئيس مجلس الإدارة بواسطة الجمعية العمومية أثناء انعقادها كل أربع سنوات . وتتكون ميزانية المجلس من رسوم العضوية وعائدات المؤتمرات وتبرعات الحكومات والأشخاص ومساهمات الهيئات الدولية ، وقد شرفت بالتعاون مع الأستاذ الدكتور شرف الدين حمد الملك أثناء رئاسته للمكتب الإقليمي للمجلس بالقاهرة كما زاملته في العمل بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية حيث عمل لفترة من الوقت في قسم العلوم الاجتماعية بكلية الدراسات العليا وفيما يلي موجزاً لإجاباته على الأسئلة التي طرحتها عليه :

أولاً: مدى التعاون بين الجهود الحكومية والجهود التطوعية في مجال خفض الطلب؟

لا يختلف اثنان في أن مدى النشاط الطوعي الجماعي في مجال التنمية الشمولية هو الذي يحدد مدى ارتقاء أي مجتمع في سلم الحضارة الإنسانية ، فالعمل الطوعي الجماعي الهادف للإصلاح والتنمية هو بمثابة المؤشر الدقيق لوجود وعي حضاري في أي مجتمع ، والناظر اليوم لماضي

وحاضر المجتمعات المتقدمة يلاحظ دون أدنى شك أن مفهوم التقدم وصيرورته في تلك المجتمعات قائم طوال القرنين الماضيين على الأقل على دعامتين أساسيتين ومتوازنتين أنظمة حكم وإدارة واعية وديمقراطية من جهة، وتنظيمات أهلية جادة ودؤوبة ومخلصة لغاياتها الإنسانية من الجهة الأخرى، ورغم التوازي فإن المسارين يلتقيان في محطات تنموية متعددة وشراكات مثمرة م خلال التعاون والتنسيق، وبالإمكان تخيل العلاقة في شكل سلم حضاري بعمودين رأسيين (أنظمة الحكم والمنظمات الأهلية) ووصلات بينية متدرجة أفقياً، ولعل أهم فوائد مثل هذا التفاعل التنموي الحتمي هو كونه يساعد في تحديد حجم وطبيعة الظواهر الاجتماعية تسهيلاً للتعامل معها على أسس موضوعية لحد كبير وبدرجة عالية من الشفافية .

ما ذكر أعلاه ينطبق على معظم المنظمات العاملة في مجال مكافحة الإدمان في الغرب، وهي رغم تباينها وتفاوتها في بلوغ أهدافها تسعى بجد لإنجاح المساعي من خلال تبني برامج جيدة وتطوير وتغيير تلك البرامج عن طريق التقييم المنتظم من الداخل والخارج، كذلك تُولي المنظمات أقصى اهتمامها لأدمية المدمن وتحرص على تفريد الحالات بغية تفعيل العلاج، أضف إلى ذلك فإن هذه المنظمات تعتني ايما عناية بسجلات الحالات بهدف تقديم الرعاية اللاحقة وتوفير الإحصاءات الضرورية لإجراءات البحوث والتدريب وتقييم البرامج واستقطاب الدعم المالي سواء من الحكومات أم من جهات أخرى معنية .

أما عن دور الحكومات الغربية في مجال مكافحة الإدمان فإنه ينطلق أساساً من إيمانها بحقوق المدمن كمواطن مريض يستحق العناية والرعاية والحماية من استغلال الآخرين من ذوي النيات اللا إنسانية أو الدجالين، وتشجع هذه الحكومات بطرق شتى قيام جمعيات أهلية لمكافحة الإدمان

فهي تيسر إجراءات التسجيل وتعفي من الضرائب وتقدم المشورة والتدريب، وتشارك في تقويم الأداء وتشجع التواصل بين الجمعيات من أجل تبادل الخبرات، وتحيل المرضى وذوي الحاجة للمتابعة إلى الجمعيات المتخصصة، وتتابع مآل الحالات المحولة، وهكذا تبقى الحكومات الغربية قريبة دائماً من ساحات الجمعيات الأهلية دون ممارسة هيمنة بيروقراطية حرصاً منها على ضمان حقوق المدمن كمواطن مريض يحتاج للعلاج وإعادة التأهيل دون استغلال وابتزاز من قبل آخرين، وعكس ذلك ما يحدث في البلدان العربية حيث لا نجد في بعضها جمعيات أهلية متخصصة ولا تبادر أغلبية الحكومات بتشجيع قيام جمعيات من هذا النوع، وإن بدأت جهود أهلية في تأسيس جمعيات فإنها تواجه بسلسلة من العقبات البيروقراطية تؤدي إلى وأد الجهود في مهدها في كثير من الأحيان، وفي حالة صمود الجهود وقيام جمعيات فإن بعض الحكومات تفرض مراقبة شديدة على الأنشطة المالية لهذه الجمعيات مع غض النظر عن نوعية أوجه تعامل الجمعيات والمراكز الأهلية مع عملائها المرضى حتى وإن كانوا من مواطني البلد نفسه، وهذا الوضع يشجع على تفشي العشوائية في هذا المجال مما يجعل المريض ليس ضحية لمرضه فحسب بل أيضاً ضحية لمجتمع وحكومته بلده على حد سواء.

ثانياً: الجمعيات الأهلية العربية العاملة في مجال خفض الطلب ومدى فاعليتها؟

تاريخ قيام الجمعيات الأهلية المتخصصة في مجال مكافحة إدمان الكحول والمخدرات تاريخ قصير مقارنة بمشكلاتها في الغرب، ومعلوم أنه لم تكن هنالك جمعيات من هذا النوع في عدد من البلدان العربية قبل

سبعينيات القرن الماضي ، وقد تصدرت جمهورية مصر العربية العمل الأهلي العربي في هذا المجال منذ الربع الأول من القرن الماضي ، وشهدت العقود الثلاثة الأخيرة من القرن المنصرم تأسيس عدد من الجمعيات والمراكز والمستشفيات المتخصصة في الوقاية والعلاج وإعادة تأهيل المدمنين في أغلب البلاد العربية على رأسها دول الخليج ومصر والمغرب والجزائر وليبيا والأردن وخلال العقد الأخير من القرن نمت الحاجة لتوحيد الجهود الأهلية للتصدي لظاهرة الإدمان في الوطن العربي ، وتم في دولة الكويت تكوين نواة لاتحاد جمعيات أهلية عربية متخصصة لمكافحة الإدمان ، علماً بأن منشأ الفكرة كان في القاهرة في أواخر أبريل عام ١٩٩٤ م على هامش تجمع تحضيرى لمؤتمر الأمم المتحدة في بانكوك بتايلاند بنهاية العام نفسه ، وقد شارك في اجتماع القاهرة اثنتان وثلاثون جمعية أهلية عربية بدعوة من مكتب المجلس الدولي في القاهرة وبدعم سخى من برنامج الأمم المتحدة لمراقبة المخدرات في فيينا بالنمسا ولاحقاً في بانكوك ، وعلى هامش المؤتمر عقدت الجمعيات العربية المشاركة اجتماعاً تم فيه الاتفاق على البدء بإجراءات تأسيس الاتحاد ، كما أسلفنا تحققت الغاية أخيراً في الكويت ، ولكن رغم أن الإتحاد قد نجح في تنظيم بعض المؤتمرات في الكويت والقاهرة إلا أن أداءه ما يزال محفوفاً باشكاليات متعددة تنتقص من فعاليته .

ثالثاً: المعوقات التي تحول دون تحقيق الجمعيات الأهلية العربية لأهدافها على اكمل وجه؟

في المجتمعات العربية المعاصرة يتم تشخيص مدمن المخدرات كمدمن وفق معايير كونية صادرة عن منظمة الصحة العالمية التابعة للأمم المتحدة ولا نغالي إن قلنا أن هذه المعايير مستمدة بشكل كبير ومن واقع المجتمعات

الغربية وفلسفتها الاجتماعية وسيكولوجيتها المجتمعية ، وعليه فإن تلك المعايير لا تأخذ في الاعتبار خصوصية المجتمعات العربية فيما يتعلق بظاهرة الإدمان ، وتوضح هذه النقيصة بشكل حاد في جميع مجالات التعامل مع ظاهرة المخدرات وغيرها من المؤثرات العقلية وليس في الإدمان بحد ذاته ، فهي تتجلى في تدابير مكافحة المخدرات ، وفي الوقاية من الإدمان وفي العلاج وفي الرعاية اللاحقة والتأهيل فمن ناحية المكافحة نجد في البلاد الإسلامية عموماً والعربية علي وجه الخصوص فروق شاسعة بين ما يقوله الدين وما يقوله القانون بشأن تجريم المتاجرة بالمؤثرات العقلية بما فيها الكحول والتبغ ، فالدين يحرم ويجرم المتاجرة بجميع أنواع تلك المواد ، على حين يستثني القانون بعضها ، ومثال ذلك الكحول والتبغ ، ولاشك أن لهذه الفوارق انعكاسات متباينة على ظاهرة الإدمان لا سيما أن المجتمعات العربية تتبع الدين أكثر من اتباعها للقانون وبالتالي يتوقع أن يكون هناك اختلاف بين تعريف الدين وتعريف القانون للإدمان والمدمن ، كذلك ثمة اختلاف بين الدين والقانون في أساليب الوقاية حيث يتحدث القانون عن خفض الطلب على المخدرات (Drug Demand Reduction) أو خفض الضرر (Harm Reduction) ، على حين ينادي الدين بالتحريم القطعي كما يوجد اختلاف بين الدين والهيئات المدنية في أساليب العلاج والرعاية والتأهيل من حيث أن الدين يحرص أن تكون هذه الأساليب مؤطرة بالدين بحكم أن مجرد تعاطي المخدرات هو خروج عن الدين ، على حين تنحو الهيئات المدنية ذات الشأن نحو اعتماد أساليب شبه كونية لا تهتم كثيراً بالخصوصيات الثقافية فضلاً عن عدم تمييز المجتمعات العربية - على أسس مدروسة - بين مفاهيم تعاطي المخدرات (Drug Use) وسوء استعمال المخدرات (Drug Abuse) والإدمان (Addiction) .

ووجود الاختلافات المذكورة أعلاه وأخرى كثيرة يدل على أن المجتمعات العربية لم تتوصل بعد إلى صياغة مفهوم شامل وواضح عن الإدمان يأخذ في الإعتبار وفي بوتقة واحدة كل الأبعاد المحلية والعالمية، وفي غياب مثل هذا المفهوم الجامع لا يمكن أن تنجح الجمعيات والمراكز العربية المتخصصة في مساعيها لمكافحة الإدمان بفاعلية ملموسة .

رابعاً: مقترحات إزالة المعوقات

المطلوب عاجلاً في المرحلة الحالية تحقيق مايلي :

١- أن تعطي الجمعيات والمراكز العربية المتخصصة أولوية البحث في إطار ثقافي اجتماعي وعملي لظاهرة الإدمان في البلاد العربية ويستوجب هذا حصول الجمعيات والمراكز الأهلية على معلومات كافية ودقيقة عن إحصاء مدمني المؤثرات العقلية في كل منطقة وبيانات تفصيلية عن خلفياتهم الشخصية والأسرية والاجتماعية وأنواع مواد التعاطي المستخدمة، ولعل أهم مصادر هذه المعلومات هي الجمعيات والمراكز نفسها في المقام الأول، والمستشفيات والعيادات المحلية في المقام الثاني وأقسام الشرطة والسجون في المقام الثالث، وبالطبع لن تحقق هذه الخطوة دون التعاون والتنسيق بين الجمعيات والمراكز في كل بلد وكذلك بين الجمعيات والمراكز في المنطقة العربية عموماً .

٢- أن تبذل الجمعيات والمراكز جهوداً في التوفيق النظري بين مقولات الدين والقانون والمجتمع بشأن الإدمان وذلك من أجل بلورة فلسفة عربية خاصة بالإدمان تؤسس عليها البرامج وتسترشد بها

الحكومات في وضع السياسات الخاصة بمكافحة الإدمان وأخلاقيات مهنة التعامل مع مدمني المخدرات وغيرها من المؤثرات العقلية .

٣- أن تشجع الحكومات وزارات الصحة والداخلية والتربية والشؤون الاجتماعية والهيئات الدولية ذات الشأن بمد الجمعيات والمراكز الأهلية المتخصصة بما تحتاج من معلومات وبيانات متعلقة بالمؤثرات العقلية ومستخدميها .

٤- أن تدخل الحكومات كطرف في التقويم الخارجي المنتظم لأداء الجمعيات والمراكز الأهلية تحقيقاً لضمان حقوق المرضى .

٥- أن تشجع الحكومات الهيئات الدولية ذات الإختصاص بتوفير فرص التدريب الدوري للعاملين في مجال مكافحة الإدمان .

٦- أن تسعى الجمعيات والمراكز العربية لتوطيد صلاتها بمنظمات دولية متخصصة في المجال وذلك من أجل الإفادة والاستفادة .

٥ . ١ . ٤ تحليل البيانات المجموعة من المقابلات الشخصية

تبين من تحليل البيانات المجموعة من المقابلات الشخصية مايلي :

١- الجمعيات الأهلية في مجال خفض الطلب على العقاقير بدأت في مصر منذ أوائل القرن العشرين ثم انتشرت في العالم العربي منذ العقدين الأخيرين في القرن العشرين .

٢- التعاون المشترك بين الأجهزة الحكومية والجمعيات الأهلية بدأ منذ فترة طويلة ولكنه ترسخ في العقود الأخيرة من القرن العشرين وخاصة بعد اعتماد مجلس وزراء الداخلية العرب للاستراتيجية

العربية لمكافحة المخدرات وماتلاها من خطط مرحلية بلغ عددها حتى الآن خمسة ، واهتمت الاستراتيجيات الوطنية لمكافحة المخدرات بدور هذه الجمعيات وبكيفية دعم الوزارات والأجهزة الحكومية لها .

٣- فكرة العمل الطوعي في العالم العربي في حاجة إلى اقناع المواطنين بها حتى تصل إلى قوة العمل الطوعي في العالم الغربي لكي يحدث تعاون وثيق بين الجهد الحكومي والجهد الطوعي . وقلة الوعي بالعمل الطوعي وراء عجز الاعتمادات المالية عن تمويل الجمعيات الأهلية .

٤- جهود الجمعيات الأهلية في مجال الوقاية أقوى من جهودها في مجال علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم ورعايتهم اللاحقة .

٥- إن نظرة العالم العربي إلى فعل تعاطي العقاقير أكثر اتساقاً مع الاتفاقيات الدولية الصادرة في شأن المخدرات عن نظرة العالم الغربي والدليل على ذلك عدم وجود غرف للحقن أو الاستنشاق أو أماكن لفحص أقراص المخدرات حتى يتعاطاها المدمن بأمان وذلك في العالم العربي إذ أن العالم العربي لا يأخذ بتدابير تخفيف الضرر (خفض الضرر) حسبما يجري عليه العمل في الغرب .

وتبين دراسة عيد التي حصل بها على درجة الدكتوراه في الحقوق من كلية الحقوق جامعة القاهرة عام ١٩٨١م وكان موضوعها (جرمية تعاطي المخدرات في القانون المقارن) تبين هذه الدراسة أن العقوبة التي شرعها الإسلام لجرمية تعاطي المخدرات عقوبة تعزيرية المقصود بها ردع المتعاطي عن العودة للتعاطي ، ومنع غيره من أفراد المجتمع من تعاطي المخدرات ،

وهي عقوبة يمكن للحاكم الشرعي أن يغيرها عندما تتغير الظروف الشخصية والاجتماعية وذلك حتى تحقق الهدف منها. والفهم الصحيح للشريعة الإسلامية يؤكد أن الشريعة تتسم بالعموم والشمول إذ هي شريعة الدين والدنيا دستورها القرآن الكريم وما صدر عن الرسول ^٥ من قول أو فعل أو تقرير وكان مقصوداً به التشريع والاقتداء، ويستنبط من المجتهدين من هذا الدستور الأحكام الشرعية للمستجدات التي لم تكن موجودة في زمن التشريع فهي شريعة منزله الشارع فيها هو الله سبحانه وتعالى. والشريعة ستظل قائمة إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها. وقد ثبت أن الشريعة الإسلامية نجحت في القضاء على الخمور التي كانت تنتشر بين العرب في زمن التشريع وعندما نزل الحكم القاطع بتجريمها كسرت دنان الخمر فسالت كالجداول في شوارع المدينة. ومعالجة الشريعة الإسلامية لمشكلة المخدرات معالجة نتفهم طبيعتها ونقدم الحلول الكفيلة بالحد منها.

كما تبين دراسة عيد أن موقف التشريعات الوضعية إزاء تجريم التعاطي مختلف وأنها تنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسة القسم الأول: يجرم كافة صور الاتصال المادي أو القانوني بالمخدر بقصد التعاطي بل إن بعض التشريعات تجرم الأعمال التحضيرية والبعض الآخر يجرم الفعل التبعي حتى ولو لم يقع الفعل الأصلي، والقسم الثاني يجرم بعض صور التعاطي ويستبعد من التجريم باقي الصور، والقسم الثالث يضم التشريعات التي تستبعد تعاطي المخدر من نطاق التجريم، وبالرغم من اختلاف السياسة الجنائية التي تنتهجها هذه التشريعات إلا أن التطبيق العملي يكاد يجمع بينها فنظام العدالة الجنائية في كثير من الدول متسامح إلى أقصى حد مع المتعاطين (عيد، ١٩٨٨م، ج ١، ص ٣٧١-٤٠٤).

وإذا أخذنا أحدث تشريع وطني صدر في مجال مكافحة المخدرات في العالم العربي وهو المرسوم الملكي رقم (٣٩) المتضمن موافقة مجلس وزراء المملكة العربية السعودية بالقرار رقم (١٥٢) المؤرخ ١٢/٦/١٤٢٦ هـ على النظام الجديد لمكافحة المخدرات في المملكة والذي دخل حيز التنفيذ في شهر ذو القعدة عام ١٤٢٦ هـ لوجدنا تشريعاً جنائياً استفاد من نصوص قوانين مكافحة المخدرات في العالم ومن الاتفاقيات الدولية والعربية الصادرة في شأن المخدرات والقوانين النموذجية التي أقرتها هيئة الأمم المتحدة أو مجلس وزراء الداخلية العرب ، هذا النظام الذي أتمم بالصرامة في مواجهة مهربي المخدرات ومنتجبيها ومرجعيها والمتعاونين معهم واتسمت السياسة الجنائية فيه بالتوازن في مواجهة عرض المخدرات والطلب عليها وعني بإجراءات خفض الطلب ولكنه ابتعد عن منطقة خفض الضرر فلا يسمح النظام بغرف الحقن أو غرف الاستنشاق أو مختبرات التأكد من عدم وجود سموم أو مواد ضارة أخرى في جرعات التعاطي كما لا يسمح بإباحة التعاطي أو استخدام المخدرات في علاج الإدمان .

وقرر النظام السجن مدة لا تقل عن ستة أشهر ولا تزيد على سنتين عقوبة لكل من ارتكب جريمة حيازة أو احراز مادة مخدرة أو مؤثر عقلي بقصد التعاطي أو الاستعمال الشخصي . وشدد النظام العقوبة إذا توافر في المتعاطي ظرف الصفة سواء أكان من المنوط بهم مكافحة المخدرات أو الرقابة على حيازتها أو تداولها أو الذين لهم صلة وظيفية بالمخدرات ، كما شدد العقوبة أيضاً إذا حدث التعاطي أثناء تأدية العمل ، أو كان الجاني تحت تأثير المخدرات أثناء تأدية العمل .

وأوجب النظام عدم إقامة الدعوى العمومية في جرائم التعاطي ضد من يتقدم من تلقاء نفسه للعلاج أو بواسطة أحد أصوله أو فروعه أو زوجه أو أحد أقاربه شريطة تسليم ما بحوزة المتعاطي من مخدرات أو مؤثرات عقلية إن وجدت أو الإرشاد عن مكانها .

كما أجاز النظام حفظ التحقيق في قضايا التعاطي التي تضبط للمرة الأولى إذا توافرت الشروط التالية :

- ١- ألا يتجاوز عمر المتعاطي عشرين عاماً .
- ٢- ألا تقترن جريمة التعاطي بجريمة جنائية تستدعي النظر شرعاً .
- ٣- ألا تقترن جريمة التعاطي بحادث مرور نتج عنه وفيات ورتب في ذمته حقوق خاصة .

٤- ألا يكون قد صدر عن مرتكب جريمة التعاطي أثناء ضبطه أي مقاومة شديدة تحدث ضرراً للقائمين بضبط الجريمة أو غيرهم .
حتى لو احيلت القضية للمحكمة فقد أجاز النظام للمحكمة بعد الحكم بالعقوبة السالبة للحرية أن توقف تنفيذ الحكم وتأمّر بإيداع المحكوم عليه مصححة لعلاج الإدمان من المصحات المخصصة لهذا الغرض ، وإذا ارتكب المحكوم عليه أثناء فترة علاجه أي من الجرائم المنصوص عليها في نظام مكافحة المخدرات يعاد إلى السجن حيث ينفذ العقوبة السالبة للحرية بعد خصم مدة العلاج منها .

كما يجوز للمحكمة أن تلزم المتعاطي بمراجعة عيادة نفسية بدلاً من توقيع العقوبة السالبة للحرية عليه . وقد كفل النظام علاج المدمن بسرية تامة وعاقب على إفشاء السرية بالسجن مدة لا تزيد على ثلاثة أشهر وبغرامة لا تزيد على ثلاثين ألف ريال .

كل ذلك يشير إلى معاملة متعاطي المخدرات على أنه مريض في حاجة للعلاج أكثر منه مجرم يجب انزال عقوبة السجن عليه فالنظام يفتح باب التوبة أمام المدمن الراغب في العلاج ويعامل بإنسانية المتعاطي الذي لا يزيد عمره عن عشرين عاماً إذا انتفت الظروف التي تثبت ميله إلى الإجرام، وتعطي المحكمة الحق في إبدال العقوبة السالبة للحرية بتدابير احترازية إذا أحست المحكمة من وقائع الدعوى ومناقشة المتعاطي أن التدبير أجدي وانفع لمعالجته من العقوبة السالبة للحرية، وهذه النظرة الحانية من نظام مكافحة المخدرات السعودي تكشف عن صياغة أكثر المجتمعات العربية لمفهوم شامل وواضح عن الإدمان مفهوم أكثر اتساقاً مع الاتفاقيات الدولية الصادرة في شأن المخدرات ومع اتجاهات الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، وهذا المفهوم لا ينفرد به النظام السعودي بل هو موجود إلى حد كبير في تشريعات مكافحة المخدرات بالعالم العربي (عيد، ١٤٢٨هـ، ص ٢٦٠-٢٦٨).

ولكن هل تم في الكويت تكوين نواة لاتحاد جمعيات أهلية عربية متخصصة لمكافحة المخدرات؟

إن جهود ٣٢ جمعية أهلية عربية أدت إلى قيام الاتحاد الذي نجح في تنظيم بعض المؤتمرات في الكويت والقاهرة وهل يعني ذلك وجود اتحادين في العالم العربي أحدهما في القاهرة والثاني في الكويت؟

الواقع أن وجود الاتحادين لا يعد أمراً عجباً فقد كان في العالم العربي في أواخر عقد السبعينيات جامعة عربية في مصر وأخرى جديدة في تونس، كما كان يوجد مكتب عربي لشؤون المخدرات في مصر وأخر جديد في الأردن، ومنظمة عربية للدفاع الاجتماعي ضد الجريمة في مصر وأخرى جديدة في المغرب، ثم عندما هدأت الأمور استمرت الأجهزة الجديدة في

العمل وتوقف العمل في الأجهزة القديمة، والذي حدث أن المؤتمر العالمي حول دور الدين والأسرة الذي عقد في الكويت في الفترة من ١٦- ١٨ مارس ١٩٩٨م كان فرصة لاجتماع الجمعيات الأهلية العربية وتم الاتفاق فيه على شرعية الاتحاد القائم في القاهرة وتولى مصري رئاسة الاتحاد وتولى كويتي أمانة الاتحاد ولذا لم يعد في العالم العربي سوى اتحاد واحد للجمعيات العربية للوقاية من الإدمان، وكان اجتماع الكويت تأكيداً لشرعية الاتحاد، وقامت الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان بطبع كتيبات عن الاتحاد ونظامه الأساسي وحظيت مؤتمرات الاتحاد العربي للوقاية من الإدمان برعاية أمين عام جامعة الدول العربية وكثير من الشخصيات العربية العامة والمرموقة في شتى أنحاء العالم العربي، ووجود اتحاد عربي واحد للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان يعطي العمل الطوعي دفعة قوية بدلا من وجود اتحادين متناحرين يشتان العمل الطوعي ويكون سعي كل اتحاد لمنافسة الاتحاد الآخر في ضم الدول العربية إليه فيضيع الجهد ولا تتحقق النتائج المرجوة.

٥ . ٢ . ٥ البيانات التي جمعت باستخدام الاستبانة

٥ . ٢ . ١ تصميم الاستبانة

أمكن للباحث أن يفيد من الدراسات التي أجريت في عدة بلاد في العالم وتناولت موضوع خفض الطلب على المخدرات كما أفاد من الدراسات التي أجريت وتناولت موضوع العمل الطوعي في تصميم استبانة لجمع المعلومات اللازمة للإجابة على التساؤل الرئيس الذي يطرحه البحث عن مدى فعالية دور الجمعيات الطوعية (الأهلية أو غير الحكومية أو الخاصة)

أو مؤسسات المجتمع المدني في خفض الطلب على المخدرات ، وما هي مقترحات دعم هذا الدور . وهذا التساؤل مأخوذ من التوصية (سادساً/ج) لمجلس وزراء الداخلية العرب في المؤتمر العربي الحادي والعشرين لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات .

وساعد الباحث في تصميمه للاستبانة خبرته الطويلة في العمل في مجال مواجهة ظاهرة المخدرات على مدى ما يقرب من خمسين عاماً ومشاركته في أعمال خفض الطلب مع الأجهزة الحكومية والتطوعية ولقاءاته مع العاملين في المؤسسات المدنية لخفض الطلب كما ساعده أيضاً أساتذة البحث العلمي والإحصاء في جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية والذين يتوجه لهم بخالص الشكر وفائق الامتنان .

وروعي في ترتيب الأسئلة التي يضمها الاستبيان أن تقسم إلى محاور خمسة لكل محور أسئلته الخاصة به . وهذه المحاور هي :

المحور الأول : بيانات عامة عن المستجيبين .

المحور الثاني : بيانات عامة عن الجمعيات الأهلية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني .

المحور الثالث : نشاطات الجمعيات ومؤسسات المجتمع المدني في ميدان خفض الطلب (وقاية - علاج وتأهيل - رعاية لاحقة) ومدى ممارسة هذه الأنشطة في الوقت الحاضر . ورأى الباحث أن يترك البند رقم ٦١ مفتوحاً حتى يضع فيه المستجيب أي نشاط آخر في مجال خفض الطلب لم يتم ذكره في المحور .

المحور الرابع : المعوقات التي تحول دون تحقيق الجمعيات والمؤسسات

أهدافها على الوجه الأكمل ودرجة تأثير المعوق على تحقيق الهدف (خفض الطلب على العقاقير) ورأى الباحث أن يترك للمستجيب البند رقم ١٦ مفتوحاً حتى يضع فيه المستجيب أي سبب أو أسباب أخرى لم يرد ذكرها في المحور الرابع .

المحور الخامس : ويتناول كيفية تفعيل دور الجمعيات الطوعية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني في مجال خفض الطلب على العقاقير . ورأى الباحث أن يترك المحور الخامس مفتوحاً حتى لا يتأثر المجيب بأي اقتراحات يضعها الباحث من أجل تفعيل هذا الدور .

٥ . ٢ . ٢ توزيع الاستبانات على مجتمع الدراسة

قام مركز الدراسات والبحوث بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بتوزيع الاستبانات بالبريد الإلكتروني والفاكس على شعب اتصال مجلس وزراء الداخلية في الدول الاثني والعشرين الأعضاء في مجلس وزراء الداخلية العرب وطلبت الجامعة من شعب الاتصال توزيع استمارات الاستبيان على الجهاز المتخصص في مكافحة المخدرات والإدارة العامة للصحة النفسية ، واللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والجمعيات التطوعية التي تقوم بدور رئيس في مجال خفض الطلب على المخدرات ، كما ارسلت الجامعة استبانات لرئيس الاتحاد العربي للجمعيات الأهلية (غير الحكومية) للوقاية من الإدمان لتوزيعها على الجمعيات الطوعية في الدول العربية الأعضاء في الاتحاد لتعبئة الاستبانات وإعادتها إلى الجامعة قبل انقضاء شهر فبراير . أي أن مجتمع الدراسة يضم الجهاز الوطني المتخصص في مكافحة المخدرات واللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدارة المسؤولة عن الصحة النفسية في وزارة الصحة والجمعيات الأهلية في الدول الإثني والعشرين

الأعضاء في مجلس وزراء الداخلية العرب وكذلك الجمعيات الأهلية العربية أعضاء الاتحاد العربي للوقاية من الإدمان بالإضافة إلى رئاسة الاتحاد العربي .

٥ . ٢ . ٣ جمع البيانات وتحليلها

حتى منتصف شهر مايو لم تصل إلى الجامعة الاستبانات بعد تعبئتها إلا من شعب الاتصال في ٩ دول هي : مصر ، الأردن ، الجزائر ، السعودية ، سوريا ، الكويت ، قطر ، لبنان ، وليبيا . كما استلمت شخصياً من رئيس الاتحاد العربي استبانة عبأها بنفسه باعتباره على دراية بما يحدث في مجال خفض الطلب في الدول العربية أعضاء الاتحاد . واستلمت من الاتحاد العربي ٩ استبانات عبأها مسئولون في جمعيات أهلية مصرية . وبذا تكون ٩ دول ومنظمة عربية واحدة غير حكومية قد عبأت الاستبانات بينما لم تقم ١٣ دولة عربية بالرد على جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ومن ثم فإن نسبة من استجابوا وأجابوا على الاستبانات هي ٤٥ ، ٤٥٪ وهي إن كانت أقل من نصف وحدات مجتمع الدراسة البالغ ٢٣ وحدة فإنها تعطي أساساً لقاعدة معلومات مناسبة في هذا المجال خاصة وأن الدول التي أجابت على الاستبانات تنتمي إلى مناطق شمال إفريقيا والخليج العربي والمشرق العربي كما أن الاتحاد العربي يمثل الجمعيات الأعضاء فيه .

وأجابت دول الأردن ، والكويت ، وليبيا ، وسوريا ، وكذلك الاتحاد العربي للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان على استبانة واحدة بينما تراوح عدد الاستبانات في باقي الدول بين ١٠ إستبانات (مصر) و٣ إستبانات (قطر) أما المملكة العربية السعودية فقد بلغ عدد الاستبانات التي تم ملؤها سبع ، بينما بلغ عدد الاستبانات في لبنان ست استبانات ، واتسمت الجهات التي

ملئت الاستبانات في البلدين بالتنوع ، ففي السعودية قامت بتعبئة الاستبانات المديرية العامة لمكافحة المخدرات ، والأمانة العامة للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات وجمعيات تطوعية ، ومركز للتأهيل النفسي حكومي خاص بالمعاطين ، بينما في لبنان قام بملء الاستبانات المكتب المركزي لمكافحة المخدرات وجمعيات تطوعية وجمعية خاصة بالعناية الصحية .

وفي مصر قامت وزارة الداخلية بتعبئة استبانة واحدة بينما قامت الجمعيات الأهلية بتعبئة ٩ استبانات . وفي قطر تم تعبئة ٣ استمارات بمعرفة اللجنة الدائمة لشئون المخدرات والمسكرات ومركز طوعي وجمعية طوعية ، وقامت إدارة مكافحة المخدرات في كل من الأردن وسوريا والكويت وجهاز مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية في ليبيا بتعبئة الاستبانة . أما في الجزائر فقد أرسل لنا استبانتان من شعبة الاتصال التابعة للمديرية العامة للأمن الوطني بوزارة الداخلية والجماعات المحلية . واستبانة الاتحاد العربي للوقاية من الإدمان عبئها رئيس الاتحاد شخصياً . وبذا يكون عدد الاستمارات التي عبئت ٣٣ استمارة .

وبعد الحصول على البيانات الواردة في الاستبانات تم ادخالها في الحاسب الآلي وتحليلها إحصائياً بمعرفة مركز المعلومات والحاسب الآلي بالجامعة وفيما يلي تحليل للبيانات المجموعة .

أولاً: بيانات المستجيبين

بيانات المستجيبين جاءت كاملة في ٢٠ استمارة ومعدومة أو ناقصة نقصاً يجعلها في حكم المعدوم في باقي الاستمارات .

والمؤهلات الدراسية لأصحاب هذه البيانات تتراوح بين الشهادة

الجامعية وبين درجة الدكتوراه . والمجيبون حصلوا على شهاداتهم في المجالات التالية : القانون، الصحة المجتمعية، المخدرات، علوم الطيران، العلوم والتربية، التجارة، الخدمة الاجتماعية، الآداب (اجتماع)، الفنون، العلوم الشرعية، هندسة الطيران، الدراسات الإسلامية والإعلام، الطب النفسي، علوم الشرطة، والعلوم الصيدلانية . كما أن للمستجيبين خبرات متميزة في مجالات خفض الطلب .

ثانياً: بيانات الجمعيات الأهلية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني

١ - مدى انتشار إساءة استعمال العقاقير المخدرة

إجابات المستجيبين كما هي واردة في الجدول رقم (١) لا يمكن الأخذ بها ومن الأفضل العودة إلى إحصائيات ضبط جرائم المخدرات وإحصائيات أعداد الأشخاص الذين يدخلون مصحات علاج المدمنين أو يترددون عليها للحصول على مؤشر أقرب إلى الواقع عن حجم مشكلة المخدرات .

الجدول رقم (١)

مدى إنتشار اساءة استعمال العقاقير المخدرة

| م | العقاقير المخدرة | العدد | النسبة المئوية |
|---|--------------------|-------|----------------|
| ١ | شبه معدومة | ١ | ٣,٠ |
| ٢ | متشرة إلى حد ضعيف | ٩ | ٢٧,٣ |
| ٣ | متشرة إلى حد متوسط | ١٨ | ٥٤,٥ |
| ٤ | متشره إلى حد كبير | ٥ | ١٥,٢ |
| | المجموع | ٣٣ | ١٠٠,٠ |

٢ - أكثر العقاقير إساءة للاستخدام

طبقاً للجدول رقم (٢) تأتي مجموعة الحشيش في المقدمة تليها مجموعة الأفيونيات وفي المرتبة الثالثة مجموعة الأمفيتامينات . ووجود مجموعة الحشيش في المقدمة أمر متفق عليه دولياً وعربياً أما بالنسبة لمجموعة الأفيونيات فهي تأتي دولياً وعربياً بعد الأمفيتامينات وفي اعتقادي أن السبب في هذا الاختلاف أن مدمني الأفيونيات في حاجة أكثر من مدمني الأمفيتامينات للعلاج فالأفيونيات تسبب الإدمان النفسي والإدمان الجسدي بينما لا تسبب الأمفيتامينات سوى الإدمان النفسي ثم الهيروين هو أسرع العقاقير المخدرة إحداثاً للإدمان وأكثرها تسبباً للموت ومن ثم كان اهتمام الجمعيات الطوعية بدمني الأفيونيات أكثر من اهتمامها بدمني الأمفيتامينات .

الجدول رقم (٢)

أكثر العقاقير المخدرة إساءة للاستخدام (ن = ٣٣)

| م | العقاقير المخدرة | العدد | النسبة المئوية | الترتيب |
|---|---|-------|----------------|---------|
| ١ | الحشيش (بانجو، راتنج، زيت الحشيش) | ٢٩ | ٨٧,٩ % | ١ |
| ٢ | الأفيونيات (أفيون، مورفين، هيروين، كوداين) | ١٧ | ٥١,٥ % | ٢ |
| ٣ | الكوكايين (كوكايين، كراك، مركز الكوكايين) | ٨ | ٢٤,٢ % | ٦ |
| ٤ | أمفيتامينات (أمفيتامين، ماكستون فورت، كبتاجون، عقار النشوة، آيس، أو شابو) | ١٦ | ٤٨,٥ % | ٣ |
| ٥ | باربيتورات (مهدئات مثل الفاليوم، مهبطات مثل الميتاكوالون والماندركس والسيكونال) | ١٢ | ٣٦,٤ % | ٤ |
| ٦ | عقاقير هلوسة (P.C.P/L.S.D) | ٩ | ٢٧,٣ % | ٥ |

٣ - متى نشأت أول جمعية طوعية معنية بخفض الطلب

أقدم جمعيات معنية بخفض الطلب نشأت في مصر في أوائل القرن العشرين ثم توالى إنشاء الجمعيات بها بعد ذلك . وتأتي بعد مصر لبنان عام ١٩٨١م ، الجزائر عام ١٩٩٠م ، ليبيا عام ١٩٩٤م ، السعودية عام ١٩٩٥م ، الكويت عام ١٩٩٦م ، قطر عام ١٩٩٧م ، وأخيراً الأردن عام ١٩٩٩م . أما سوريا فلم تذكر تاريخ بدء أول جمعية طوعية بها .

٤ - مصادر تمويل الجمعيات الطوعية

يبين من الجدول رقم (٣) أن دعم الدول يأتي في المرتبة الأولى بالنسبة لمصادر التمويل ويأتي التمويل الخارجي في المرتبة الأخيرة بينما تأتي تبرعات الهيئات والشركات في المرتبة الثانية واشتراكات الاعضاء في المرتبة الثالثة وتبرعات الاشخاص في المرتبة الرابعة . وهذه النتيجة غير مرضية إذ يجب أن تحتل تبرعات الأشخاص وخاصة ممن هم على قائمة فوربس وتبرعات الشركات الخاصة المرتبة الأولى ويكفي الدول ما تنفقه على رعاياها في وسط أتون الغلاء العالمي .

الجدول رقم (٣)
وسائل الدعم المالي

| الترتيب | الانحراف المعياري | المتوسط | الاستجابة | | | | | العبارة | |
|---------|-------------------|---------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------|-----------------------------|
| | | | داخلة في التمويل بنسبة كبيرة جداً (٤) | داخلة في التمويل بنسبة كبيرة (٣) | داخلة في التمويل بنسبة متوسطة (٢) | داخلة في التمويل بنسبة ضئيلة (١) | ليست داخلة في التمويل (٠) | | |
| ٣ | ١,٢٧٧ | ١,٥٥ | ٣ | ٤ | ١٠ | ٧ | ٩ | ت | ١- اشتراكات الأعضاء. |
| | | | ٩,١ | ١٢,١ | ٣٠,٣ | ٢١,٢ | ٢٧,٣ | % | |
| ١ | ١,٢٤٨ | ١,٦١ | ٤ | ٢ | ١١ | ٩ | ٧ | ت | ٢- دعم الدولة. |
| | | | ١٢,١ | ٦,١ | ٣٣,٣ | ٢٧,٣ | ٢١,٢ | % | |
| ٤ | ١,٠٣٤ | ١,٤٥ | ١ | ٣ | ١٣ | ٩ | ٧ | ت | ٣- تبرعات الأشخاص. |
| | | | ٣,٠ | ٩,١ | ٣٩,٤ | ٢٧,٣ | ٢١,٢ | % | |
| ٢ | ١,٠٨٨ | ١,٦١ | ١ | ٥ | ١٤ | ٦ | ٧ | ت | ٤- تبرعات الهيئات والشركات. |
| | | | ٣,٠ | ١٥,٢ | ٤٢,٤ | ١٨,٢ | ٢١,٢ | % | |
| ٥ | ٠,٩٦٢ | ٠,٦٤ | - | ٢ | ٥ | ٥ | ٢١ | ت | ٥- تمويل خارجي. |
| | | | - | ٦,١ | ١٥,٢ | ١٥,٢ | ٦٣,٦ | % | |

وبالنسبة لعدد الجمعيات الأهلية وعدد المستفيدين من خدماتهم ونوعيتهم وفئاتهم الاجتماعية والاقتصادية فتحتاج إلى عملية مسح لهذه الجمعيات تجريبها الدول والاتحاد العربي للجمعيات الأهلية حيث لم تقدم لنا الاستبانة الثلاث والثلاثون بيانات في هذا المجال تصلح لاستنباط إجابة سليمة منها.

الجدول رقم (٤)

نشاطات الجمعيات ومؤسسات المجتمع المدني في ميدان خفض الطلب على العقاقير ، ومدى ممارسة هذه الأنشطة حاليا

| الترتيب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | العبارات |
|---------|-------------------|--------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------|--|
| | | | تدريسي بدرجة ممتازة (٤) | تدريسي بدرجة جيدة (٣) | تدريسي بدرجة مقبولة (٢) | تدريسي بدرجة ضعيفة (١) | لا أجيب (٠) | |
| ٣ | ٠,٧٢٧ | ٢,٨٢ | ٦ | ١٥ | ١٢ | - | - | ت ١- إعداد برامج الوقاية الفكرية والدينية. |
| | | | ١٨,٢ | ٤٥,٥ | ٣٦,٤ | - | - | % |
| ٩ | ٠,٩٠٦ | ٢,٤٨ | ٤ | ١٣ | ١١ | ٥ | - | ت ٢- إعداد برامج الوقاية عن طريق الإعلام. |
| | | | ١٢,١ | ٣٩,٤ | ٣٣,٣ | ١٥,٢ | - | % |
| ١٢ | ٠,٩٥٧ | ٢,٣٣ | ٣ | ١٢ | ١٢ | ٥ | ١ | ت ٣- إعداد الحملات الإعلامية. |
| | | | ٩,١ | ٣٦,٤ | ٣٦,٤ | ١٥,٢ | ٣,٠ | % |
| ١٥ | ٠,٩٥١ | ٢,٣٠ | ٣ | ١٢ | ١٠ | ٨ | - | ت ٤- إعداد البرامج الإعلامية التي تبين للناس الجهة التي يستطيعون الحصول منها على المعلومات والمساعدة والنصح. ٥ - |
| | | | ٩,١ | ٣٦,٤ | ٣٠,٣ | ٢٤,٢ | - | % |
| ٥٤ | ١,٠٠١ | ١,٥٨ | ١ | ٣ | ١٦ | ٧ | ٦ | ت إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض نجوم الرياضة المعروفين. |
| | | | ٣,٠ | ٩,١ | ٤٨,٥ | ٢١,٢ | ١٨,٢ | % |
| ٥٨ | ١,١١٦ | ١,٣٩ | ١ | ٤ | ١١ | ٨ | ٩ | ت ٦- إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض نجوم الفن المعروفين. |
| | | | ٣,٠ | ١٢,١ | ٣٣,٣ | ٢٤,٢ | ٢٧,٣ | % |
| ٤٥ | ١,٢٣٧ | ١,٩٧ | ٣ | ٩ | ١١ | ٤ | ٦ | ت ٧- إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض رجال الدين المعروفين. |
| | | | ٩,١ | ٢٧,٣ | ٣٣,٣ | ١٢,١ | ١٨,٢ | % |
| ٣٨ | ١,٠٦١ | ٢,٠٠ | ٢ | ١٠ | ٩ | ١٠ | ٢ | ت ٨- إعداد برامج إعلامية يتم الاستعانة فيها ببعض رجال الفكر. |
| | | | ٦,١ | ٣٠,٣ | ٢٧,٣ | ٣٠,٣ | ٦,١ | % |
| ١٣ | ٠,٩٩٠ | ٢,٣٣ | ٣ | ١٢ | ١٣ | ٣ | ٢ | ت ٩- إعداد برامج وقاية تركز على كيفية الاستخدام الأمثل لوقت الفراغ. |
| | | | ٩,١ | ٣٦,٤ | ٣٩,٤ | ٩,١ | ٦,١ | % |

| الترتيب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | العبارات | |
|---------|-------------------|--------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|----------|--|
| | | | يُمارس بدرجة ممتازة (٤) | يُمارس بدرجة جيدة (٣) | يُمارس بدرجة مقبولة (٢) | يُمارس بدرجة ضعيفة (١) | لا يُمارس أصلاً (٠) | | |
| ٣٥ | ١,٣٣٤ | ٢,٠٣ | ٥ | ٨ | ٩ | ٥ | ٦ | ت | ١٠ - قوافل توعية تجوب القرى والأماكن النائية. |
| | | | ١٥,٢ | ٢٤,٢ | ٢٧,٣ | ١٥,٢ | ١٨,٢ | % | |
| ٦٠ | ١,١١ | ١,٢١ | ١ | ٣ | ٩ | ٩ | ١١ | ت | ١١ - إعداد أفلام سينمائية تعرض في دور السينما أو في القنوات التلفزيونية. |
| | | | ٣,٠ | ٩,١ | ٢٧,٣ | ٢٧,٣ | ٣٣,٣ | % | |
| ٥٧ | ١,٢٥١ | ١,٤٢ | ٢ | ٦ | ٥ | ١١ | ٩ | ت | ١٢ - إعداد أفلام فيديو تعرض في القنوات التلفزيونية. |
| | | | ٦,١ | ١٨,٢ | ١٥,٢ | ٣٣,٣ | ٢٧,٣ | % | |
| ١ | ٠,٦٩٦ | ٣,١٢ | ١٠ | ١٧ | ٦ | - | - | ت | ١٣ - محاضرات تلقى في دور العلم. |
| | | | ٣٠,٣ | ٥١,٥ | ١٨,٢ | - | - | % | |
| ٢ | ١,٠٤٢ | ٢,٩١ | ١١ | ١٢ | ٧ | ٢ | ١ | ت | ١٤ - محاضرات تلقى في أماكن التجمعات. |
| | | | ٣٣,٣ | ٣٦,٤ | ٢١,٢ | ٦,١ | ٣,٠ | % | |
| ٣٩ | ١,١٤٦ | ٢,٠٠ | ٣ | ٩ | ٩ | ٩ | ٣ | ت | ١٥ - إنشاء مواقع في الإنترنت للتوعية بأضرار المخدرات. |
| | | | ٩,١ | ٢٧,٣ | ٢٧,٣ | ٢٧,٣ | ٩,١ | % | |
| ٣٢ | ١,١٤٤ | ٢,٠٦ | ٤ | ٨ | ٩ | ١٠ | ٢ | ت | ١٦ - الوصول إلى المتسربين من دور العلم وتوعيتهم بأخطار المخدرات. |
| | | | ١٢,١ | ٢٤,٢ | ٢٧,٣ | ٣٠,٣ | ٦,١ | % | |
| ٢٠ | ١,٠٣٢ | ٢,٢٤ | ٢ | ١٣ | ١٢ | ٣ | ٣ | ت | ١٧ - تقديم البرامج الوقائية والإرشادية والدينية للمدمنين وأسرهم. |
| | | | ٦,١ | ٣٩,٤ | ٣٦,٤ | ٩,١ | ٩,١ | % | |
| ٤١ | ١,٠٦١ | ٢,٠٠ | ٢ | ٩ | ١٢ | ٧ | ٣ | ت | ١٨ - إجراء دراسات لجمع معلومات صادقة وأمينه عن العقاقير المخدرة ومتعاطيها وأماكن تعاطيها وأسباب تعاطيها. |
| | | | ٦,١ | ٢٧,٣ | ٣٦,٤ | ٢١,٢ | ٩,١ | % | |
| ١٨ | ١,١٥٣ | ٢,٢٧ | ٥ | ١٠ | ٩ | ٧ | ٢ | ت | ١٩ - إعداد برامج خفض طلب متكاملة وشاملة الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية. |
| | | | ١٥,٢ | ٣٠,٣ | ٢٧,٣ | ٢١,٢ | ٦,١ | % | |

| الترتيب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | العبارات |
|---------|-------------------|--------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|---|
| | | | يُمارس بدرجة ممتازة (٤) | يُمارس بدرجة جيدة (٣) | يُمارس بدرجة مقبولة (٢) | يُمارس بدرجة ضعيفة (١) | لا يُمارس أصلاً (٠) | |
| ٤٢ | ١,٢٣٧ | ١,٩٧ | ٣ ٩,١ | ٩ ٢٧,٣ | ١١ ٣٣,٣ | ٤ ١٢,١ | ٦ ١٨,٢ | ٢٠- إعداد برامج خفض الطلب متكاملة مع برامج خفض العرض. |
| ٤٦ | ١,١٩٧ | ١,٩٤ | ٣ ٩,١ | ٨ ٢٤,٢ | ١١ ٣٣,٣ | ٦ ١٨,٢ | ٥ ١٥,٢ | ٢١- إعداد برامج خفض طلب متكاملة مع الإستراتيجية الشاملة. |
| ٣٣ | ١,١٧١ | ٢,٠٦ | ٣ ٩,١ | ١٠ ٣٠,٣ | ١٠ ٣٠,٣ | ٦ ١٨,٢ | ٤ ١٢,١ | ٢٢- برامج خفض الطلب جزء من برامج الرعاية الصحية. |
| ٣٠ | ١,١٣٩ | ٢,١٢ | ٤ ١٢,١ | ٨ ٢٤,٢ | ١٢ ٣٦,٤ | ٦ ١٨,٢ | ٣ ٩,١ | ٢٣- برامج خفض الطلب جزء من برامج الرعاية الاجتماعية. |
| ٣٤ | ١,١٧١ | ٢,٠٦ | ٤ ١٢,١ | ٨ ٢٤,٢ | ١٠ ٣٠,٣ | ٨ ٢٤,٢ | ٣ ٩,١ | ٢٤- برامج خفض الطلب جزء من برامج التنمية. |
| ٥٢ | ١,١٨٥ | ١,٨٢ | ٣ ٩,١ | ٦ ١٨,٢ | ١١ ٣٣,٣ | ٨ ٢٤,٢ | ٥ ١٥,٢ | ٢٥- يتم قياس نجاح برامج خفض الطلب باستمرار تطبيقاً لمبدأ التقويم ومعرفة قدرتها على تغيير السلوك والمواقف. |
| ١٦ | ٠,٩٨٤ | ٢,٣٠ | ٣ ٩,١ | ١٢ ٣٦,٤ | ١١ ٣٣,٣ | ٦ ١٨,٢ | ١ ٣,٠ | ٢٦- إعداد برامج التوعوية باستخدام التعليم تهدف إلى تطوير الملكات الذهنية والفكرية للمستهدفين. |
| ٨ | ٠,٩٧١ | ٢,٥٥ | ٥ ١٥,٢ | ١٣ ٣٩,٤ | ١١ ٣٣,٣ | ٣ ٩,١ | ١ ٣,٠ | ٢٧- تقديم النصح والإرشاد إلى متعاطي المخدرات وذويهم. |
| ٤ | ١,٠٦٩ | ٢,٧٣ | ٨ ٢٤,٢ | ١٣ ٣٩,٤ | ٩ ٢٧,٣ | ١ ٣,٠ | ٢ ٦,١ | ٢٨- إعداد برامج تركز على أن الإدمان مرض يجب علاجه للبرء منه. |

| التدريب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | العبارات | |
|---------|-------------------|--------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|----------|--|
| | | | يُمارس بدرجة ممتازة (٤) | يُمارس بدرجة جيدة جداً (٣) | يُمارس بدرجة مقبولة (٢) | يُمارس بدرجة ضعيفة (١) | لا يُمارس أصلاً (٠) | | |
| ٥ | ١,٢٤٢ | ٢,٦٧ | ١١ ٣٣,٣ | ٨ ٢٤,٢ | ٨ ٢٤,٢ | ٤ ١٢,١ | ٢ ٦,١ | ت % | ٢٩- إعداد برامج تركز على أن العلاج محاط بالسرية ولن يؤثر على مركز المتعاطي الوظيفي أو الاجتماعي. |
| ٦ | ١,٢٤٢ | ٢,٦٧ | ١١ ٣٣,٣ | ٨ ٢٤,٢ | ٨ ٢٤,٢ | ٤ ١٢,١ | ٢ ٦,١ | ت % | ٣٠- إعلام المتعاطي بأن تقدمه من تلقاء نفسه للعلاج أو عن طريق أسرته لن يحرك ضده الدعوى العمومية. |
| ٤٠ | ١,٢٥٠ | ٢,٠٠ | ٥ ١٥,٢ | ٦ ١٨,٢ | ١٠ ٣٠,٣ | ٨ ٢٤,٢ | ٤ ١٢,١ | ت % | ٣١- تزويد المتعاطي السابق بمهارات قابلة للتسويق. |
| ٢٢ | ١,٣٦٤ | ٢,٢١ | ٧ ٢١,٢ | ٨ ٢٤,٢ | ٨ ٢٤,٢ | ٥ ١٥,٢ | ٥ ١٥,٢ | ت % | ٣٢- تدريب المتعاطي على المهارات الشخصية والاجتماعية والمهنية. |
| ١٠ | ١,١٢١ | ٢,٤٥ | ٦ ١٨,٢ | ١١ ٣٣,٣ | ١٠ ٣٠,٣ | ٤ ١٢,١ | ٢ ٦,١ | ت % | ٣٣- تدريب العاملين في الأجهزة المعنية بخفض الطلب لرفع مستوى أدائهم. |
| ٢٣ | ١,١٣٩ | ٢,٢١ | ٥ ١٥,٢ | ٧ ٢١,٢ | ١٤ ٤٢,٤ | ٤ ١٢,١ | ٣ ٩,١ | ت % | ٣٤- إعداد قادة للمجتمعات المحلية للعمل في مجال الوقاية من خطر العقاقير المخدرة. |
| ٢٤ | ١,١٩٣ | ٢,٢١ | ٤ ١٢,١ | ١١ ٣٣,٣ | ١٠ ٣٠,٣ | ٤ ١٢,١ | ٤ ١٢,١ | ت % | ٣٥- الاتصال بالمستهدفين من الخدمات. |
| ٧ | ٠,٩٩٤ | ٢,٦٤ | ٨ ٢٤,٢ | ٩ ٢٧,٣ | ١٢ ٣٦,٤ | ٤ ١٢,١ | - - | ت % | ٣٦- إشراك المجتمع المحلي في الجهود الرامية إلى مكافحة التعاطي. |
| ٢٩ | ١,٢٦٩ | ٢,١٢ | ٥ ١٥,٢ | ٨ ٢٤,٢ | ١١ ٣٣,٣ | ٤ ١٢,١ | ٥ ١٥,٢ | ت % | ٣٧- تغطي برامج خفض الطلب جميع المراحل بدءاً من الوقاية وانتهاء بالرعاية ومروراً بالعلاج. |

| الترتيب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | | العبارات |
|---------|-------------------|--------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|--------|---|
| | | | يُمارس بدرجة ممتازة (٤) | يُمارس بدرجة جيدة جداً (٣) | يُمارس بدرجة مقبولة (٢) | يُمارس بدرجة ضعيفة (١) | لا يُمارس أصلاً (٠) | | |
| ١٧ | ١,٠٧٥ | ٢,٣٠ | ٥ ١٥,٢ | ٨ ٢٤,٢ | ١٤ ٤٢,٤ | ٤ ١٢,١ | ٢ ٦,١ | ت % | ٣٨- برامج خفض الطلب في تناول الفئات الأكثر عرضة للإدمان وخاصة الشباب . |
| ٤٩ | ١,١٨٢ | ١,٩١ | ٢ ٦,١ | ١٠ ٣٠,٣ | ٩ ٢٧,٣ | ٧ ٢١,٢ | ٥ ١٥,٢ | ت % | ٣٩- الاهتمام بتدريب مقرري السياسات ومخططي البرامج ومنفذيها . |
| ٤٣ | ١,١٣٢ | ١,٩٧ | ٢ ٦,١ | ٩ ٢٧,٣ | ١٣ ٣٩,٤ | ٤ ١٢,١ | ٥ ١٥,٢ | ت % | ٤٠- تقديم خدمات التثقيف والعلاج للمودعين داخل المؤسسات العقابية والإصلاحية . |
| ١٤ | ١,١٨٥ | ٢,٣٠ | ٥ ١٥,٢ | ١١ ٣٣,٣ | ٩ ٢٧,٣ | ٥ ١٥,٢ | ٣ ٩,١ | ت % | ٤١- تهيئة المعافين من الإدمان للتعايش مع المجتمع . |
| ٥٣ | ١,٢٠٦ | ١,٧٣ | ٢ ٦,١ | ٨ ٤٢,٢ | ٨ ٢٤,٢ | ٩ ٢٧,٣ | ٦ ١٨,٢ | ت % | ٤٢- تقديم العون المادي للمدمنين وأسرهم أثناء فترة العلاج وبعدها . |
| ٢٥ | ٠,٩١٧ | ٢,١٨ | ٢ ٦,١ | ١٠ ٣٠,٣ | ١٤ ٤٢,٤ | ٦ ١٨,٢ | ١ ٣,٠ | ت % | ٤٣- تقديم العون الاجتماعي للمدمنين وأسرهم . |
| ١٩ | ١,٠٩٨ | ٢,٢٧ | ٤ ١٢,١ | ١٠ ٣٠,٣ | ١٣ ٣٩,٤ | ٣ ٩,١ | ٣ ٩,١ | ت % | ٤٤- تقديم العون النفسي للمدمنين وأسرهم . |
| ٣٦ | ١,٢١٢ | ٢,٠٣ | ٤ ١٢,١ | ٧ ٢١,٢ | ١٣ ٣٩,٤ | ٤ ١٢,١ | ٥ ١٥,٢ | ت % | ٤٥- دعم الإماكنات المادية لممارسة النشاط الرياضي في مراكز الشباب في المناطق الفقيرة . |
| ٢٧ | ١,١٤٩ | ٢,١٥ | ٥ ١٥,٢ | ٦ ١٨,٢ | ١٤ ٤٢,٤ | ٥ ١٥,٢ | ٣ ٩,١ | ت % | ٤٦- حث القطاع الخاص على دعم أنشطة الجمعيات والمؤسسات . |
| ٤٨ | ١,١٧١ | ١,٩٤ | ٣ ٩,١ | ٨ ٢٤,٢ | ١٠ ٣٠,٣ | ٨ ٢٤,٢ | ٤ ١٢,١ | ت % | ٤٧- حث القطاع الخاص على تشغيل المدمنين المتعافين . |

| الترتيب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | العبارات | |
|---------|-------------------|--------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|----------|---|
| | | | يُمارس بدرجة ممتازة (٤) | يُمارس بدرجة جيدة جداً (٣) | يُمارس بدرجة مقبولة (٢) | يُمارس بدرجة ضعيفة (١) | لا يُمارس أصلاً (٠) | | |
| ٣١ | ١,١٢٨ | ٢,٠٩ | ٤ ١٢,١ | ٧ ٢١,٢ | ١٣ ٣٩,٤ | ٦ ١٨,٢ | ٣ ٩,١ | ت ٪ | ٤٨- دعم الإمكانات المادية لممارسة النشاط الرياضي في مراكز الشباب في المناطق الفقيرة. |
| ٤٧ | ١,٢٢٣ | ١,٩٤ | ٥ ١٥,٢ | ٤ ١٢,١ | ١٢ ٣٦,٤ | ٨ ٢٤,٢ | ٤ ١٢,١ | ت ٪ | ٤٩- دعم الإمكانات المادية لممارسة النشاط الثقافي في المكتبات داخل المناطق الفقيرة. |
| ٢٨ | ٠,٩٧٢ | ٢,١٥ | ٢ ٦,١ | ١١ ٣٣,٣ | ١١ ٣٣,٣ | ٨ ٢٤,٢ | ١ ٣,٠ | ت ٪ | ٥٠- حث أفراد ومؤسسات المجتمع على التبرع للجمعيات والمؤسسات العاملة في مجال خفض الطلب. |
| ١١ | ١,٢٢٣ | ٢,٣٩ | ٧ ٢١,٢ | ٩ ٢٧,٣ | ١٠ ٣٠,٣ | ٤ ١٢,١ | ٣ ٩,١ | ت ٪ | ٥١- حث الدولة على تقديم الدعم المادي للمؤسسات والجمعيات. |
| ٢٦ | ١,١٠٣ | ٢,١٨ | ٤ ١٢,١ | ٨ ٢٤,٢ | ١٤ ٤٢,٤ | ٤ ١٢,١ | ٣ ٩,١ | ت ٪ | ٥٢- تبادل الجمعيات والمؤسسات محلياً المعلومات عن أفضل الممارسات في مجال خفض الطلب. |
| ٤٤ | ١,٠٤٥ | ١,٩٧ | ٢ ٦,١ | ٨ ٢٤,٢ | ١٣ ٣٩,٤ | ٧ ٢١,٢ | ٣ ٩,١ | ت ٪ | ٥٣- تبادل الجمعيات والمؤسسات دولياً المعلومات عن أفضل الممارسات في مجال خفض الطلب. |
| ٥٠ | ١,١٢٨ | ١,٩١ | ٢ ٦,١ | ٨ ٢٤,٢ | ١٣ ٣٩,٤ | ٥ ١٥,٢ | ٥ ١٥,٢ | ت ٪ | ٥٤- تعقد الجمعيات والمؤسسات حلقات دراسية لتبادل الخبرات واختيار أفضل أساليب التنظيم. |

| الترتيب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | العبارات | |
|---------|-------------------|--------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|----------|--|
| | | | يُمارس بدرجة ممتازة (٤) | يُمارس بدرجة جيدة (٣) | يُمارس بدرجة مقبولة (٢) | يُمارس بدرجة ضعيفة (١) | لا يُمارس أصلاً (٠) | | |
| ٣٧ | ١,٣١١ | ٢,٠٣ | ٤ | ٩ | ١١ | ٢ | ٧ | ت | ٥٥- إعداد مدربين في مجال العلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة . |
| | | | ١٢,١ | ٢٧,٣ | ٣٣,٣ | ٦,١ | ٢١,٢ | % | |
| ٢١ | ١,١٣٩ | ٢,٢١ | ٤ | ١٠ | ١١ | ٥ | ٣ | ت | ٥٦- تستعين الجمعيات والمؤسسات بالمعلومات المتوافرة عن برامج خفض الطلب لدى المنظمات الدولية المعنية مثل منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وكذلك المنظمات الدولية غير الحكومية والمؤسسات المهنية المعنية بخفض الطلب . |
| | | | ١٢,١ | ٣٠,٣ | ٣٣,٣ | ١٥,٢ | ٠,١ | % | |
| ٥٩ | ١,٢٩٨ | ١,٣٩ | ٣ | ٤ | ٦ | ١٠ | ١٠ | ت | ٥٧- إنشاء شبكة معلومات تعنى بمراكز الوقاية والعلاج والرعاية في مختلف أنحاء العالم . |
| | | | ٩,١ | ١٢,١ | ١٨,٢ | ٣٠,٣ | ٣٠,٣ | % | |
| ٥١ | ١,٢٣٤ | ١,٩١ | ٣ | ٨ | ١١ | ٥ | ٦ | ت | ٥٨- تعمل الجمعيات والمؤسسات في إطار التعاون بين الدولة والمنظمات الدولية وكل قطاعات المجتمع . |
| | | | ٩,١ | ٢٤,٢ | ٣٣,٣ | ١٥,٢ | ١٨,٢ | % | |
| ٥٦ | ١,٢٢٦ | ١,٤٢ | ٢ | ٤ | ١٠ | ٧ | ١٠ | ت | ٥٩- التعاون مع أجهزة انفاذ القوانين في تحديد أماكن التعاطي العلنية أو الموبوءة . |
| | | | ٦,١ | ١٢,١ | ٣٠,٣ | ٢١,٢ | ٣٠,٣ | % | |
| ٥٥ | ١,٣٩٥ | ١,٤٨ | ٤ | ٤ | ٧ | ٧ | ١١ | ت | ٦٠- تنظيم قوافل للكشف المبكر عن الإدمان تصل إلى المناطق النائية . |
| | | | ١٢,١ | ١٢,١ | ٢١,٢ | ٢١,٢ | ٣٣,٣ | % | |

وبيين من تحليل البيانات الواردة في الجدول رقم (٤) ما يلي :

الأنشطة التالية تمارسها الجمعيات الخاصة (الأهلية أو التطوعية) بدرجة جيد جداً

١ - محاضرات تلقى في دور العلم وجاء ترتيب هذا النشاط الأول بمتوسط ١٢ , ٣ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٢ - محاضرات تلقى في أماكن التجمعات وجاء ترتيب هذا النشاط الثاني بمتوسط ٩١ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٣ - إعداد برامج الوقاية الفكرية والدينية . وجاء ترتيب هذا النشاط الثالث بمتوسط قدره ٨٢ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٤ - إعداد برامج تركز على أن الإدمان مرض يجب علاجه للبراء منه . وجاء ترتيب هذا النشاط الرابع بمتوسط قدره ٧٣ , ٢ درجة . وهو من أنشطة التوعية .

٥ - إعداد برامج تركز على أن العلاج محاط بالسرية ولن يؤثر على مركز المتعاطي الوظيفي أو الاجتماعي وترتيب هذا النشاط الخامس بمتوسط قدره ٦٧ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٦ - إعلام المتعاطي بأن تقدمه من تلقاء نفسه للعلاج أو عن طريق أسرته يمنع سلطة التحقيق والإدعاء العام من تحريك الدعوى العمومية ضده . وترتيب هذا النشاط الخامس مكرراً بمتوسط قدره ٦٧ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٧ - اشراك المجتمع المحلي في الجهود الرامية إلى مكافحة التعاطي . وترتيب هذا النشاط السابع بمتوسط قدره ٦٤ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٨- تقديم النصح والإرشاد إلى متعاطي المخدرات وذويهم . وترتيب هذا النشاط الثامن بمتوسط قدره ٥٥ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

الأنشطة التالية تمارسها الجمعيات التطوعية بدرجة مقبول

١ - إعداد برامج ووقاية عن طريق الإعلام . وترتيب هذا النشاط التاسع بمتوسط قدره ٤٨ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٢ - تدريب العاملين في الأجهزة المعنية بخفض الطلب لرفع مستوى أدائهم وترتيب هذا النشاط العاشر بمتوسط قدره ٤٠ , ٢ درجة وهو من أنشطة الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة .

والمواقع أن هذا النشاط قد زادت أهميته في الآونة الأخيرة نظراً لما توصي به المنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية المعنية بالمخدرات من ضرورة الاهتمام بتدريب العاملين في مجال المخدرات عامة، وفي مجال خفض الطلب على وجه الخصوص سيما من يقومون بالعمل في برامج التوعية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة وعلى سبيل المثال قامت الجمعية المصرية الدولية لمكافحة الإدمان في شهر ابريل ٢٠٠٨م بتنظيم دورات تدريبية شارك فيها ٢٢٠ اخصائياً اجتماعياً ونفسياً من الذكور والإناث تم فيها تدريبهم على كيفية اكتشاف المدمن خاصة بين طلاب المدارس وذلك بإيضاح علامات الإدمان وتم تعريف الإخصائين على المواد الجديدة التي دخلت دائرة التعاطي مثل تجفيف روث الحيوانات وحرقة واستنشاقه بالإضافة إلى إدمان قشر الباذنجان والطباشير والأسيتون والمناكير وغيره من الكيمائيات المتطايرة (صحيفة الإهرام القاهرية، الطبعة العربية الصادرة بتاريخ ٢ مايو ٢٠٠٨م، ص ٧).

٣- حث الدولة على تقديم الدعم المادي للجمعيات والمؤسسات .
وجاء ترتيب هذا النشاط الحادي عشر بمتوسط قدره ٣٩ , ٢ درجة
وهو من أنشطة الوقاية .

٤- إعداد الحملات الإعلامية . وجاء ترتيب هذا النشاط الثاني عشر
بمتوسط قدره ٣٣ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٥- إعداد برامج وقاية تركز على كيفية الاستخدام الأمثل لأوقات
الفراغ . وجاء ترتيب هذا النشاط الثالث عشر بمتوسط قدره
٣٣ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٦- تهيئة المعافين من الإدمان للتعايش مع المجتمع . وجاء ترتيب هذا
النشاط الرابع عشر بمتوسط قدره ٣٠ , ٢ درجة وهو من أنشطة
التأهيل الاجتماعي .

٧- إعداد البرامج الإعلامية التي تبين للناس الجهة التي يستطيعون
الحصول منها على المعلومات والمساعدة والنصح . وجاء ترتيب
هذا النشاط الرابع عشر مكرراً بمتوسط قدره ٣٠ , ٢ درجة وهو
من أنشطة الوقاية .

٨- إعداد برامج توعية باستخدام التعليم تهدف إلى تطوير الملكات
الذهنية والفكرية للمستهدفين . وجاء ترتيب هذا النشاط الرابع
عشر مكرراً بمتوسط قدره ٣٠ , ٢ درجة وهو من أنشطة الوقاية .

٩- برامج خفض الطلب في متناول الفئات الأكثر عرضة للإدمان .
وجاء ترتيب هذا النشاط الرابع عشر مكرراً بمتوسط قدره ٣٠ , ٢
درجة وهو من أنشطة الوقاية .

١٠- إعداد برامج خفض طلب متكاملة وشاملة للوقاية (التوعوية) والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة. وجاء ترتيب هذا النشاط الثامن عشر بمتوسط قدره ٢٧, ٢ درجة وهو من برامج الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة.

١١- تقديم العون النفسي للمدمنين وأسرهم. وجاء ترتيب هذا النشاط الثامن عشر مكرراً بمتوسط قدره ٢٧, ٢ درجة وهو من برامج الوقاية والرعاية اللاحقة.

١٢- تقديم البرامج الوقائية والإرشادية للمدمنين وأسرهم. وجاء ترتيب هذا النشاط العشرين بمتوسط قدره ٢٤, ٢ درجة. وهو من برامج التوعية.

١٣- تستعين الجمعيات والمؤسسات بالمعلومات المتوفرة عن برامج خفض الطلب لدى المنظمات الدولية المعنية والمنظمات الدولية غير الحكومية المعنية وجاء ترتيب هذا النشاط الحادي والعشرين بمتوسط قدره ٢١, ٢ درجة. وهو من أنشطة الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية اللاحقة.

١٤- تدريب المتعاطي على المهارات الشخصية والاجتماعية والمهنية. وجاء ترتيب هذا النشاط الحادي والعشرين مكرراً بمتوسط قدره ٢١, ٢ درجة. وهو من أنشطة إعادة التأهيل.

١٥- إعداد قادة المجتمعات المحلية للعمل في مجال الوقاية من خطر العقاقير المخدرة. وجاء ترتيب هذا النشاط الحادي والعشرين مكرراً بمتوسط قدره ٢١, ٢ درجة وهو من أنشطة الوقاية.

١٦- الاتصال بالمستهدفين من خدمات خفض الطلب . وجاء ترتيب هذا النشاط الحادي والعشرين مكرراً بمتوسط قدره ٢١ , ٢ درجة وهو من أنشطة الوقاية .

١٧- تقديم العون الاجتماعي للمدمنين وأسرههم . وجاء ترتيب هذا النشاط الخامس والعشرين بمتوسط قدره ١٨ , ٢ درجة . وهو من أنشطة الرعاية المعاصرة واللاحقة .

١٨- تبادل الجمعيات والمؤسسات على المستوى المحلي المعلومات عن أفضل الممارسات في مجال خفض الطلب . وجاء ترتيب هذا النشاط الخامس والعشرين مكرراً بمتوسط قدره ١٨ , ٢ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

١٩- حث القطاع الخاص على دعم أنشطة الجمعيات والمؤسسات وجاء ترتيب هذا النشاط السابع والعشرين بمتوسط قدره ١٥ , ٢ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

٢٠- حث أفراد ومؤسسات المجتمع على التبرع للجمعيات والمؤسسات العاملة في مجال خفض الطلب على المخدرات وجاء ترتيب هذا النشاط السابع والعشرين مكرراً بمتوسط قدره ١٥ , ٢ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٢١- تغطي برامج خفض الطلب جميع المراحل بدءاً بالوقاية وانتهاءً بالرعاية ومروراً بالعلاج . وجاء ترتيب هذا النشاط التاسع والعشرين بمتوسط قدره ١٢ , ٢ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٢٢- برامج خفض الطلب جزء من برامج الرعاية الاجتماعية . وجاء ترتيب هذا النشاط التاسع والعشرين مكرراً بمتوسط قدره ١٢ , ٢ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

٢٣ - دعم الإمكانات المادية لممارسة النشاط الرياضي في مراكز الشباب في المناطق الفقيرة . وجاء ترتيب هذا النشاط الواحد والثلاثين بمتوسط قدره ٠٩ , ٢ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٢٤ - الوصول إلى المتسربين من دور العلم وتوعيتهم بأخطار المخدرات . وجاء ترتيب هذا النشاط الثاني والثلاثين بمتوسط قدره ٠٦ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٢٥ - برامج خفض الطلب جزء من برامج الرعاية الصحية . وجاء ترتيب هذا النشاط الثاني والثلاثين مكرراً بمتوسط قدره ٠٦ , ٢ درجة . وهو من أنشطة العلاج .

٢٦ - برامج خفض الطلب جزء من برامج التنمية . وجاء ترتيب هذا النشاط الثاني والثلاثين مكرراً بمتوسط قدره ٠٦ , ٢ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٢٧ - قوافل توعية تجوب القرى والأماكن النائية . وجاء هذا النشاط بالمرتبة الخامسة والثلاثين بمتوسط قدره ٠٣ , ٢ درجة . وهو من أنشطة التوعية .

٢٨ - دعم الامكانيات المادية لممارسة النشاط الرياضي في مراكز الشباب في المناطق الفقيرة . وجاء هذا النشاط بالمرتبة الخامسة والثلاثين مكرراً بمتوسط قدره ٠٣ , ٢ درجة . وقد تكرر هذا

السؤال واحتل قبل ذلك المرتبة الحادية والثلاثين بمتوسط قدره ٠,٠٩ , ٢ درجة الأمر الذي يعطي مصداقية إلى حد كبير للاستجابات فالفرق بين الاجابة في الحالتين ٠,٠٦ , ٠,٠٩ درجة .

٢٩- إعداد مدرين في مجال العلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة وجاء هذا النشاط بالمرتبة الخامسة والثلاثين مكرراً بمتوسط قدره ٠,٠٣ , ٢ درجة . وهو من أنشطة العلاج والتأهيل والرعاية .

٣٠- إعداد برامج إعلامية يتم الاستعانة فيها ببعض رجال الفكر . وجاء هذا النشاط في المرتبة الثامنة والثلاثين بمتوسط قدره ٠,٠٠ , ٢ درجة . وهو من أنشطة التوعية .

٣١- إنشاء مواقع في الانترنت للتوعية بأضرار المخدرات . وجاء هذا النشاط في المرتبة الثامنة والثلاثين مكرراً بمتوسط قدره ٠,٠٠ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٣٢- تزويد المتعاطي السابق بمهارات قابلة للتسويق . وجاء هذا النشاط في المرتبة الثامنة والثلاثين مكرراً بمتوسط قدره ٠,٠٠ , ٢ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٣٣- إجراء دراسات لجمع معلومات صادقة وأمينة عن العقاقير المخدرة ومتعاطيها وأماكن تعاطيها وأسباب تعاطيها ويحتل هذا النشاط المرتبة الثامنة والثلاثين مكرراً بمتوسط قدره ٠,٠٠ , ٢ درجة . وهو من أنشطة الوقاية وهذا يعني أن اجراء الدراسات يحتل مرتبة متأخرة وإن كانت مقبولة في أنشطة الجمعيات .

٣٤- إعداد برامج خفض طلب متكاملة مع برامج خفض العرض .

ويحتل هذا النشاط المرتبة الثانية والأربعين بمتوسط قدره ٩٧ , ١ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٣٥- تقديم خدمات التثقيف والعلاج للمدمنين المودعين في المؤسسات
العقابية والإصلاحية ويحتل هذا النشاط المرتبة الثانية والأربعين مكرراً
بمتوسط قدره ٩٧ , ١ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٣٦- تبادل الجمعيات والمؤسسات دولياً المعلومات عن أفضل
الممارسات في مجال خفض الطلب ويحتل هذا النشاط المرتبة
الثانية والأربعين مكرراً بمتوسط قدره ٩٧ , ١ درجة وهو من أنشطة
خفض الطلب .

٣٧- إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض رجال الدين
المعروفين ويحتل هذا النشاط المرتبة الثانية والأربعين مكرراً
بمتوسط قدره ٩٧ , ١ درجة وهو من أنشطة الوقاية .

٣٨- إعداد برامج خفض طلب متكاملة مع الإستراتيجية الوطنية
الشاملة ، ويحتل هذا النشاط المرتبة الثانية والأربعين مكرراً
بمتوسط قدره ٩٧ , ١ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

٣٩- دعم الإمكانات المادية لممارسة النشاط الثقافي في المكتبات داخل
المناطق الفقيرة . ويحتل هذا النشاط المرتبة السابعة والأربعين
بمتوسط قدره ٩٤ , ١ درجة . وهو من أنشطة التوعية .

٤٠- حث القطاع الخاص على تشغيل المدمنين المتعافين . ويحتل هذا
النشاط المرتبة السابعة والأربعين مكرراً بمتوسط قدره ٩٤ , ١
درجة وهو من أنشطة الرعاية اللاحقة .

٤١- الاهتمام بتدريب مقررري السياسات ومخططي البرامج ومنفذيها

ويحتل هذا النشاط المرتبة التاسعة والأربعين بمتوسط قدره ٩١ , ١ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

٤٢ - تعقد الجمعيات والمؤسسات حلقات دراسية لتبادل الخبرات واختيار افضل أساليب التنظيم . ويحتل هذا النشاط المرتبة التاسعة والاربعين مكرراً بمتوسط قدره ٩١ , ١ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٤٣ - تعمل الجمعيات والمؤسسات في إطار التعاون بين الدولة والمنظمات الدولية وكل قطاعات المجتمع . وهذا النشاط يحتل المرتبة التاسعة والاربعين مكرراً بمتوسط قدره ٩١ , ١ درجة . وهو من أنشطة خفض الطلب .

٤٤ - يتم قياس نجاح برامج خفض الطلب باستمرار تطبيقاً لمبدأ التقويم ومعرفة قدرتها على تغيير المواقف والسلوك . وهذا النشاط يحتل المرتبة الثانية والخمسين بمتوسط قدره ٨٢ , ١ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

٤٥ - تقديم العون المادي للمدمنين وأسرههم أثناء فترة العلاج وبعدها ويحتل هذا النشاط المرتبة الثالثة والخمسين بمتوسط قدره ٧٣ , ١ درجة وهو من أنشطة الرعاية .

٤٦ - إعداد برامج إعلامية تم الاستعانة فيها ببعض نجوم الرياضة المعروفين . ويمثل هذا النشاط المرتبة الرابعة والخمسين بمتوسط قدره ٥٨ , ١ درجة وهو من أنشطة التوعية .

تمارس الجمعيات الأهلية وغيرها من المؤسسات الأنشطة التالية بدرجة ضعيفة

١ - تنظيم قوافل الكشف المبكر عن الإدمان تصل إلى المناطق النائية .

ويحتل هذا النشاط المرتبة الخامسة والخمسين بمتوسط قدره ٤٨ , ١ درجة وهو من أنشطة العلاج .

٢ - التعاون مع أجهزة انفاذ القوانين في تحديد أماكن التعاطي العلنية أو الموبوءة . ويحتل هذا النشاط المرتبة السادسة والخمسين بمتوسط قدره ٤٢ , ١ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

٣ - إعداد أفلام فيديو تعرض في القنوات التلفزيونية . وجاء ترتيب هذا النشاط السادس والخمسين مكرراً بمتوسط قدره ٤٢ , ١ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٤ - إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض نجوم الفن المعروفين وجاء ترتيب هذا النشاط الثامن والخمسين بمتوسط قدره ٣٩ , ١ درجة وهو من أنشطة التوعية .

٥ - إنشاء شبكة معلومات تعنى بمراكز الوقاية والعلاج والرعاية في مختلف أنحاء العالم . وجاء ترتيب هذا النشاط الثامن والخمسين مكرراً بمتوسط قدره ٣٩ , ١ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب ويحتاج إلى عون المنظمات الدولية الحكومية والمنظمات الدولية غير الحكومية وبعض الدول الغنية مالياً وتقنياً .

٦ - إعداد أفلام سينمائية تعرض في دور السينما أو في القنوات التلفزيونية . وجاء ترتيب هذا النشاط الستين بمتوسط قدره ٢١ , ١ درجة وهو من أنشطة خفض الطلب .

البند رقم ٦١ وهو البند المفتوح قدم نشاطاً جديداً من أنشطة خفض الطلب حيث أضافت الكويت النشاط التالي: «توفير دور أو منازل منتصف الطريق Half way Houses للمتعافين من الاعتماد على المخدرات».

وبيوت منتصف الطريق نظام معمول به في بعض دول العالم ومنها المملكة العربية السعودية التي طبقت هذا النظام منذ ست سنوات في الدمام بالمنطقة الشرقية كما بدأ مستشفى الأمل في جدة تطبيقه منذ شهر صفر عام ١٤٢٦هـ في مدينة جدة ومنتصف الطريق تعني منتصف الطريق بين المستشفى حيث تلقى المدمن علاجه وبين بيت المدمن المتعافى ويفيد هذا النظام في تهيئة المدمن المتعافى للعودة للحياة الطبيعية في منزله كما يفيد أيضاً في الحالات التي ترفض الأسرة عودة المدمن إليها وكذلك في الحالات التي يخشى فيها من انتكاسة المدمن وعودته مرة أخرى إلى مستنقع الإدمان . ويتم تطبيق هذا النشاط بالتعاون بين وزارتي الداخلية والصحة في المملكة العربية السعودية (موقع صحيفة الحياة اللندنية على الإنترنت ؛ موقع صحيفة الرياض السعودية على الإنترنت) .

جميع أنشطة خفض الطلب قد مورست في الدول العربية وبالتالي لم نجد نشاطاً لم يمارس. كما أن أغلبية أنشطة خفض الطلب قد مورست بدرجة مقبولة (٤٦ نشاطاً)، وقلّة منها قد مورست بدرجة جيد جداً (٨ أنشطة)

وتأتي في مقدمة الأنشطة التي مورست بدرجة جيد جداً أنشطة الوقاية وخاصة المحاضرات وتأتي بعد ذلك أنشطة العلاج والتأهيل والرعاية ثم أنشطة البحوث والدراسات . وللأسف الشديد جاءت الممارسة بامتياز خالية من أي نشاط من نشاط الجمعيات وهو ما نأمل الكشف عن سببه وخاصة في المحور الرابع .

الجدول رقم (٥)

المعوقات التي تحول دون تحقيق الجمعيات والمؤسسات أهدافها على الوجه الأكمل

| الترتيب | الانحراف العياري | المتوسط | الاستجابة | | | | | المعوق |
|---------|---------------------|---------|---------------|----------|-----------------------|---------------------|-------------|---|
| | | | مؤثر جداً (٤) | مؤثر (٣) | لا مؤثر إلى حد ما (٢) | تأثير ضعيف جداً (١) | لا مؤثر (٠) | |
| ٢ | ١,٠٨٣ | ٢,٨٨ | ١٠ | ١٤ | ٦ | ١ | ٢ | ١ - العنصر البشري غير متخصص . |
| | | | ٣٠,٣ | ٤٢,٤ | ١٨,٢ | ٣,٠ | ٦,١ | % |
| ٣ | ١,١٢١ | ٢,٨٥ | ١١ | ١١ | ٨ | ١ | ٢ | ٢ - العنصر البشري غير مدرب . |
| | | | ٣٣,٣ | ٣٣,٣ | ٢٤,٢ | ٣,٠ | ٦,١ | % |
| ٥ | ١,١٥٣ | ٢,٧٣ | ١٠ | ١٠ | ٩ | ٢ | ٢ | ٣ - نقص في الإمكانيات البشرية . |
| | | | ٣٠,٣ | ٣٠,٣ | ٢٧,٣ | ٦,١ | ٦,١ | % |
| ٨ | ١,٣٢١ | ٢,٦١ | ١١ | ٨ | ٧ | ٤ | ٣ | ٤ - نقص في المعلومات . |
| | | | ٣٣,٣ | ٢٤,٢ | ٢١,٢ | ١٢,١ | ٩,١ | % |
| ١ | ١,١١١ | ٣,٢١ | ١٩ | ٦ | ٥ | ٢ | ١ | ٥ - نقص في الإمكانيات المادية . |
| | | | ٥٧,٦ | ١٨,٢ | ١٥,٢ | ٦,١ | ٣,٠ | % |
| ٤ | ١,٠٨٣ | ٢,٧٩ | ١٠ | ١١ | ٨ | ٣ | ١ | ٦ - نقص في الإمكانيات الفنية والتقنية . |
| | | | ٣٠,٣ | ٣٣,٣ | ٢٤,٢ | ٩,١ | ٣,٠ | % |
| ١٥ | ١,٣٥٧ | ٢,١٨ | ٦ | ٩ | ٩ | ٣ | ٦ | ٧ - لا يوجد تعاون بين أجهزة الوقاية . |
| | | | ١٨,٢ | ٢٧,٣ | ٢٧,٣ | ٩,١ | ١٨,٢ | % |
| ١١ | ١,٣٦٥ | ٢,٣٦ | ٧ | ١٢ | ٥ | ٤ | ٥ | ٨ - لا يوجد تعاون فيما بين أجهزة العلاج |
| | | | ١٢,٢ | ٣٦,٤ | ١٥,٢ | ١٢,١ | ١٥,٢ | % |
| ١٣ | ١,٣٤٧ | ٢,٢٤ | ٥ | ١٣ | ٦ | ٣ | ٦ | ٩ - لا يوجد تعاون فيما بين أجهزة خفض الطلب . |
| | | | ١٥,٢ | ٣٩,٤ | ١٨,٢ | ٩,١ | ١٨,٢ | % |
| ١٠ | ١,٣٧٠ | ٢,٤٢ | ٨ | ١١ | ٦ | ٣ | ٥ | ١٠ - لا يوجد تعاون بين أجهزة خفض الطلب وأجهزة خفض العرض . |
| | | | ٢٤,٢ | ٣٣,٣ | ١٨,٢ | ٩,١ | ١٥,٢ | % |
| ١٤ | ١,٥٧٦ | ٢,٢١ | ١١ | ٤ | ٦ | ٥ | ٧ | ١١ - لا يوجد جدية في العمل . |
| | | | ٣٣,٣ | ١٢,١ | ١٨,٢ | ١٥,٢ | ٢١,٢ | % |
| ٦ | ١,٢٤٥ | ٢,٦٤ | ١٠ | ١٠ | ٦ | ٥ | ٢ | ١٢ - لا تصل خدمات الأجهزة إلى المستهدفين . |
| | | | ٣٠,٣ | ٣٠,٣ | ١٨,٢ | ١٥,٢ | ٦,١ | % |

| الترتيب | الانحراف المعياري | التوسط | الاستجابة | | | | | المعوق |
|---------|-------------------|--------|---------------|----------|--------------------|---------------------|-------------|--|
| | | | مؤثر جداً (٤) | مؤثر (٣) | مؤثر إلى حد ما (٢) | تأثير ضعيف جداً (١) | اطلاقاً (٠) | |
| ٧ | ١,٥٤٠ | ٢,٦١ | ١٤ | ٦ | ٥ | ٢ | ٦ | ت ١٣- لا توجد إستراتيجية لخفض الطلب على المخدرات . |
| | | | ٤٢,٤ | ١٨,٢ | ١٥,٢ | ٦,١ | ١٨,٢ | % |
| ١٢ | ١,٥٥١ | ٢,٣٠ | ١٠ | ٧ | ٧ | ١ | ٨ | ت ١٤- توجد إستراتيجية ولكن لا يوجد التزام طويل الأمد عن أعلى مستوى سياسي لتنفيذ هذه الإستراتيجية . |
| | | | ٣٠,٣ | ٢١,٢ | ٢١,٢ | ٣,٠ | ٢٤,٢ | % |
| ٩ | ١,١٧٣ | ٢,٥٨ | ٨ | ١١ | ٨ | ٤ | ٢ | ت ١٥- لا يوجد تقييم للخدمات التي تقدمها أجهزة خفض الطلب . |
| | | | ٢٤,٢ | ٣٣,٣ | ٢٤,٢ | ١٢,١ | ٦,١ | % |

يبين من تحليل البيانات الواردة في الجدول رقم (٥) ما يلي :

كشف البيانات المجموعة والمحللة عن وجود مجموعة من المعوقات المؤثرة التي حالت دون تحقيق الجمعيات الأهلية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني لأهدافها على الوجه الأكمل وهذه المعوقات هي:-

١- نقص الإمكانيات المادية ويمثل هذا المعوق المرتبة الأولى بمتوسط قدره ٢١,٣ درجة . وفي ذلك تتفق البيانات المجموعة بواسطة الاستبيان مع المعلومات المجموعة في المقابلات الشخصية .

٢- العنصر البشري غير متخصص ويأتي هذا المعوق في المرتبة الثانية بمتوسط قدره ٨٨,٢ درجة . وهو معوق يسهل مواجهته بالاستعانة بالمتخصصين وتدريبهم وكثير من الجمعيات الأهلية لجأت إلى ذلك في إطار من التعاون مع الأجهزة الحكومية والمجالس القومية .

٣- العنصر البشري غير مدرب ويأتي هذا المعوق في المرتبة الثالثة بمتوسط قدره ٨٥, ٢ درجة . واعتقادي أن الجمعيات تبذل في الوقت الحاضر جهوداً لتدريب العاملين لديها كما هو واضح في المحور الثالث .

٤- نقص في الإمكانيات الفنية والتقنية ويأتي هذا المعوق في المرتبة الرابعة بمتوسط قدره ٧٩, ٢ درجة . واعتقادي أن رجال الأعمال والشركات الخاصة العملاقة يمكن أن تقدم العون في هذا الشأن للجمعيات .

٥- نقص في الإمكانيات البشرية ويأتي هذا المعوق في المرتبة الخامسة بمتوسط قدره ٧٣, ٢ درجة . ويمكن التغلب على النقص بإذكاء روح التطوع في نفوس أهل الخير لكي يتطوعوا ببعض وقتهم أو مالهم لتعويض هذا النقص .

٦- خدمات الأجهزة لا تصل إلى المستهدفين ويأتي هذا المعوق في المرتبة السادسة بمتوسط قدره ٦٤, ٢ درجة . وهذا المعوق من السهل التغلب عليه بتبادل الخبرات بين الجمعيات وبينها وبين جهاز مكافحة المخدرات والاتحاد العربي للجمعيات الأهلية للتعرف على أحدث الأساليب في الوصول إلى المستهدفين .

٧- لا توجد إستراتيجية لخفض الطلب وهذا المعوق يأتي في المرتبة السابعة بمتوسط قدره ٦١, ٢ درجة . وهذا المعوق أمره سهل إذ يمكن للدولة التي لا توجد لديها إستراتيجية لخفض الطلب أن ترجع إلى الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات وخططها المرحلية الخمس التي اعتمدها مجلس وزراء الداخلية العرب وأن

تطلب المشورة من جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية أو الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب أو مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومكتبه الإقليمي لمنطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط ومقره القاهرة أو تطلبها من دول ذات خبرة في مجال مكافحة المخدرات .

٨- نقص في المعلومات . ويأتي هذا المعوق في المرتبة السابعة مكرراً بمتوسط ٦١ , ٢ درجة . وهذا المعوق يمكن التغلب عليه بالتعاون بين الأجهزة الحكومية والمؤسسات غير الحكومية ومنها الجمعيات وذلك من خلال اجتماعات اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات أو من خلال التعاون المباشر الثنائي أو المتعدد الأطراف .

٩- لا يوجد تقييم للخدمات التي تقدمها أجهزة خفض الطلب ويأتي هذا المعوق في المرتبة التاسعة بمتوسط قدره ٥٨ , ٢ درجة . واعتقادي أن التقييم أمر هام يمكن أن يتولاه الاتحاد العربي للجمعيات الأهلية أو اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات وذلك من أجل إقالة العثرات والتقدم إلى الأمام .

والفئة الثانية من المعوقات تضم معوقات مؤثرة إلى حد ما وهي :

١٠- لا يوجد تعاون بين أجهزة خفض الطلب وأجهزة خفض العرض ويمثل هذا المعوق المرتبة العاشرة بمتوسط قدره ٤٢ , ٢ درجة . وهذا المعوق يمكن القضاء عليه بمعرفة اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات أو الاتحاد العربي للجمعيات الأهلية .

١١- لا يوجد تعاون فيما بين أجهزة العلاج ويحتل هذا المعوق المرتبة الحادية عشرة بمتوسط قدره ٣٦ , ٢ درجة . ويمكن لنقابة الأطباء

أو وزارة الصحة أو اللجنة الوطنية أو الاتحاد العربي القيام بدور في إحياء التعاون وخاصة إذا كان العلاج بالمجان أو بأجر رمزي .

١٢ - توجد إستراتيجية ولكن لا يوجد التزام طويل الأمد على أعلى مستوى لتنفيذ هذه الإستراتيجية . وجاء هذا المعوق في المرتبة الثانية عشرة بمتوسط قدره ٣٠ , ٢ درجة . واعتقادي أن هذا الالتزام يمكن إحيائه عن طريق مؤسسات المجتمع المدني أو وسائل الإعلام أو اللجنة الوطنية أو المجالس القومية المتخصصة بشئون الطفل أو المرأة .

١٣ - لا يوجد تعاون فيما بين أجهزة خفض الطلب . وجاء هذا المعوق في المرتبة الثالثة عشرة بمتوسط قدره ٣٠ , ٢ درجة . واعتقادي أن هذا التعاون يمكن أن يعود أو يقوى إذا ابتعدت بعض الجمعيات عن الشكليات والمظاهر الكاذبة والضجيج والصخب الإعلامي وراعت مصلحة الوطن ومصلحة الأمة العربية ومصلحة الإنسانية جمعاء وخاصة وأن الأديان السماوية تحض على التعاون على البر والوقوف كالبنيان المرصوص أمام الإثم والعدوان لدحره .

١٤ - عدم وجود جدية في العمل . وجاء هذا المعوق في المرتبة الرابعة عشرة بمتوسط قدره ٢١ , ٢ درجة . وهذا المعوق غريب خاصة بالنسبة للجمعيات الطوعية إذ كيف يكون الشخص متطوعاً بعمله ثم لا يصبح جاداً في أدائه .

١٥ - عدم وجود تعاون بين أجهزة الوقاية . وجاء هذا المعوق في المرتبة الخامسة عشرة بمتوسط قدره ١٨ , ٢ درجة . والواقع أن وجود إستراتيجية لخفض الطلب يحيي ويزكي التعاون بين أجهزة الوقاية .

لا توجد معوقات لها تأثير قوي على تحقيق الجمعيات وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني هدفها على الوجه الأكمل .

لا توجد معوقات ليس لها تأثير أو لها تأثير ضعيف .

لم يقدم البند المفتوح معوقات أخرى سوى نقص الوازع الديني فهل المقصود نقص الوازع الديني لدى العاملين في الجمعيات وهو أمر يتناقض مع روح التطوع التي تكون في الأغلب الأعم كاشفة عن إيمان عميق أم يقصد نقص الوازع الديني لدى المتعاطين وهو أمر تحققه التوعية الدينية فالإنسان الذي يخاف ربه لا يخرج عن صراطه المستقيم .

كيفية تفعيل دور الجمعيات الطوعية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني في مجال خفض الطلب

١ - قدم ١٢ مستجيباً اقتراحات تدور حول إنشاء صندوق قومي لتمويل أنشطة الجمعيات الأهلية يمول من دعم الدولة وتبرعات شركات القطاع العام والقطاع الخاص والأشخاص وخاصة رجال الأعمال بالإضافة إلى ما يمكن الحصول عليه من صندوق الأمم المتحدة للرقابة على إساءة استخدام المخدرات .

٢ - اقترح ٨ مستجيبين تطوير الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات بحيث تؤكد على دور الجمعيات التطوعية في خفض الطلب على المخدرات وتعاونها مع الأجهزة الحكومية المعنية ومناشدة الدول - إذ لم تكن قد فعلت - وضع إستراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات تحدد أسس التعاون بين الأجهزة الوطنية والجمعيات الوطنية سعياً وراء التكامل من أجل حماية الوطن من آفة الإدمان

على المخدرات ، والجدير بالذكر أن الإستراتيجية العربية نصت على أنه ينبغي أن تتضمن السياسة الوطنية المحلية أحد مقومات الاسراتيجية تشجيع الجمعيات الخاصة (الطوعية) التي يمكن أن تقوم بدور في التوعية والحث على علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم .

٣ - اقترح ٧ مستجيبين استخدام المشاهير من رجال الفن والرياضة والثقافة بالإضافة إلى رجال الدين ممن يتمتعون بالثقة والاحترام والقبول لدى الجمهور لدعوة الخبراء في مجال خفض الطلب للتطوع بجزء من أوقاتهم للعمل في الجمعيات الأهلية المختصة بالإضافة إلى انتقاء العاملين في الجمعيات ممن يتسمون بالمهنية والنزاهة والإخلاص وتأهيلهم وتدريبهم باستمرار على أحدث أساليب العمل واستخدام التكنولوجيا الحديثة في أداء عملهم .

٤ - اقترح ٦ مستجيبين أن يحدث توازن بين نشاط الجمعيات الأهلية في قطاع التوعية ونشاطها في قطاع العلاج والتأهيل والرعاية اللاحقة والعمل على إنشاء مستشفيات للعلاج ومراكز للتأهيل النفسي والاجتماعي وحدات للرعاية اللاحقة ومساعدة المدمنين وأسره مادياً واجتماعياً .

٥ - اقترح ٣ مستجيبين تنفيذ توصية مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بإنشاء اتحاد وطني يضم الجمعيات الأهلية المعنية بالوقاية من الإدمان للتنسيق بين الجمعيات في مجال خفض الطلب وتبادل المعلومات والأساليب المستحدثة في مجال خفض الطلب على المخدرات .

٦ - اقترح مستجيبان دعوة وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة والمرئية والالكترونية لتعريف الناس بالجمعيات المعنية بخفض الطلب ومقارها وكيفية الحصول على خدماتها .

٧- اقترح مستجيبان وضع تشريعات وطنية تنظم كيفية تكوين الجمعيات وإشهارها ووضع لائحة نموذجية للحد الأدنى من القواعد التي يجب أن تلتزم بها الجمعيات في ممارسة نشاطها وتقديم خدماتها .

٨- اقترح ٤ مستجيبين وضع آلية لتقويم عمل الجمعيات واعتقد أن الاتحاد العربي والاتحاد الوطني النوعي من أكثر الأجهزة قدرة على تقويم عمل هذه الجمعيات .

٩- اقترح مستجيب دعوة الجمعيات الأهلية التي لم تفعل بعد باتخاذ الإجراءات اللازمة للانضمام للاتحاد العربي للجمعيات الأهلية لمكافحة الإدمان .

١٠- اقترح مستجيب تضمين الثقافة الأمنية التي تقدم لطلبة المدارس محوراً خاصاً بدور الجمعيات الأهلية في مجال خفض الطلب على المخدرات .

١١- اقترح مستجيب أن تعطى الجمعيات الأهلية إجراء الدراسات والبحوث في ميدان خفض الطلب بعض اهتماماتها ويمكن أن تشترك أكثر من جمعية في القيام بالدراسات والبحوث .

١٢- اقترح مستجيبان أن تمد أجهزة مكافحة المخدرات الجمعيات بالمعلومات التي تساعد في أداء عملها . وأن تمد الجمعيات أجهزة مكافحة المخدرات بالمعلومات التي تتوصل إليها عن أماكن التعاطي والمواد المتعاطاة وأساليب التعاطي بالإضافة إلى المعلومات عن الأشخاص الذين يبيعون المخدرات للمتعاطين .

١٣- اقترح مستجيب إنشاء شبكة معلومات تربط بين الجمعيات الخاصة المعنية بخفض الطلب على المخدرات .

١٤- اقترح مستجيب تنظيم قوافل للكشف المبكر عن حالات الاعتماد

على المخدرات بعد اتخاذ الإجراءات القانونية التي تضيء الشرعية على أعمالها .

٥ . ٢ . ٤ نتائج دراسة بيانات المجموعة بواسطة الاستبانة

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

١- جميع الدول التي ينتمي إليها المستجيبون بها جمعيات أهلية أو خاصة أو مؤسسات غير حكومية معنية بخفض الطلب على المخدرات .

٢- أكثر العقاقير إساءة للاستخدام في الدول التسع مجموعة الحشيش ثم مجموعة الأفيونيات ويلى ذلك الباربيتورات وعقاقير الهلوسة والكوكايين وإن كان من الأفضل الاعتماد على إحصائيات ضبط المخدرات فهي الأقرب إلى الدقة .

٣- أقدم الجمعيات الأهلية انشئت في الربع الأول من القرن العشرين وأكثرها أنشئء في الربع الأخير من القرن العشرين .

٤- يأتي دعم الدولة في مقدمة مصادر تمويل الجمعيات الأهلية ويأتي التمويل الخارجي في آخر قائمة مصادر التمويل وذلك خلافاً لبعض مؤسسات المجتمع المدني المعنية بأمر أخرى مثل حقوق الإنسان وإصلاح الحكم فيأتي التمويل الخارجي في مقدمة مصادر التمويل .

٥- أكثر أنشطة الجمعيات الخاصة مورست بدرجة مقبولة وأقلها بدرجة ضعيفة ويأتي في مقدمة الأنشطة التي مورست بدرجة جيدة جداً أنشطة التوعية وخاصة المحاضرات ، أما أنشطة العلاج فقد جاءت ممارستها بدرجة مقبولة .

٦- أهم المعوقات المؤثرة التي حالت دون تحقيق الجمعيات الأهلية لأهدافها في خفض الطلب على المخدرات حسب الترتيب التنازلي، نقص الإمكانيات المادية، العنصر البشري غير متخصص وغير مدرب، نقص الإمكانيات الفنية والتقنية، ونقص في العناصر البشرية، عدم وصول خدمات الجمعيات إلى المستهدفين، عدم وجود إستراتيجية وطنية لخفض الطلب، ونقص المعلومات التي تبنى على أساسها الجمعيات خططها في تقديم خدماتها فضلاً عن عدم وجود آلية لتقييم الخدمات التي تقدمها الجمعيات .

٧- المقترحات التي قدمها المستجيبون للحد من المعوقات التي تحول دون تحقيق الجمعيات لأهدافها في مجال خفض الطلب كثيرة وأهمها إنشاء صندوق وطني لتمويل خدمات الجمعيات التطوعية .

الخاتمة

جاءت هذه الدراسة استجابة لطلب الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب التي أدرجت على مشروع جدول أعمال المؤتمر العربي الثاني والعشرين لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات المقرر عقده خلال شهر يوليو ٢٠٠٨ بندا بعنوان (دور الهيئات والجمعيات التطوعية ومؤسسات المجتمع المدني في مجالات التوعية والوقاية من المخدرات وعلاج المدمنين وتأهيلهم ورعايتهم اللاحقة وسبل دعمها وتفعيلها) وذلك تنفيذاً للتوصية (سادساً/ ج) الصادرة عن المؤتمر العربي الحادي والعشرين لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات الذي عقد بتونس خلال الفترة ٢٧- ٢٨ يونيو ٢٠٠٧ م .

وتناول المبحث الأول من الدراسة الوضع العالمي للاتجار غير المشروع

بالعقاقير باعتباره الوجه الآخر للوضع العالمي لإساءة استخدام العقاقير، وبينت الدراسة الاتجاهات العالمية للتجارة غير المشروع بالأفيونيات ومجموعة الكوكايين ومجموعة الحشيش ومجموعة الأمفيتامينات ومجموعة الباربيتورات ومجموعة عقاقير الهلوسة وأكدت الدراسة ارتفاع مستوى التعاون الدولي بين أجهزة مكافحة المخدرات وخاصة في مجالات التعاون البحري، التسليم المراقب، الرقابة على السلائف والكيماويات المستخدمة في الصنع غير المشروع للعقاقير، ومكافحة غسل الأموال المتأتية من التجارة المحرمة، كما بينت الدراسة المستجدات في ميدان تعاطي المخدرات والإدمان عليها، وعرضت الدراسة جداول إحصائية بالمساحات المزروعة بالنباتات المنتجة للمخدرات بالإضافة إلى إحصاءات ضبط شتى أنواع المخدرات طبقاً لأحدث المعلومات الواردة في الصكوك الدولية.

وتناول المبحث الثاني خفض الطلب على العقاقير والفرق بينه وبين تخفيف الضرر، وأوضح المبحث التطور التاريخي لبرامج خفض الطلب قبل إنشاء عصبة الأمم وأثناء مرحلة الأمم ومن بعدها مرحلة هيئة الأمم المتحدة على المستويات الوطني والعربي والدولي، ثم بين المبحث أنشطة خفض الطلب وشروط تنفيذها، كما بين المبحث المبادئ التوجيهية لخفض الطلب التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الخاصة العشرين يونيو ١٩٩٨م وكذا الدليل الإرشادي لتنفيذها الذي اعتمده لجنة الأمم المتحدة للمخدرات، وأخيراً عرض المبحث التقرير الخامس الإثناسنوي في مجال خفض الطلب الذي قدمه المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة إلى لجنة المخدرات في دورتها الحادية والخمسين (قيينا ٢٠٠٨م) وهو دراسة استطلاعية للإجراءات التي اتخذتها الدول في مجال خفض الطلب خلال العشر سنوات التي تلت الدورة الخاصة العشرين

للجمعية العامة للأمم المتحدة ، وهو التقرير الذي سيعرض على الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها العادية القادمة .

وخصص الباحث المبحث الثالث لدراسة المؤسسات المعنية بخفض الطلب على المخدرات وقسمنا هذه المؤسسات إلى مؤسسات تربية وحكومية ، وتناول المبحث الثالث مقومات التعاون بين المؤسسات المعنية بخفض الطلب وأهم هذه المقومات العلمية : الالتزام الحكومي ، الاحترام المتبادل ، الثقة ، التدريب والتعليم ، الاعتراف بالفضل لأهله ، التمثيل المتوازي ، الجدوية ، مراعاة القيم والمفاهيم ، المعتقدات ، التكامل ، تحديد وضبط الأموال المتأتية من تجارة المخدرات ومتابعة وتقييم الجهود .

وتناول المبحث الرابع مؤسسات المجتمع المدني المعنية بخفض الطلب على العقاقير وبين المبحث تعريف المجتمع المدني وسماته كما يبين بالتفصيل الجمعيات التطوعية ومسيرة العمل التطوعي في العالم العربي ، والتقدم الذي حدث في هذه المسيرة والذي كشف عنه أمران : الأول إنشاء الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان والثاني اهتمام المؤسسات الحكومية بتنسيق العمل بينها وبين الجمعيات التطوعية ودعمه .

وتناول المبحث الخامس الدراسة الميدانية واستخدام الباحث لأداتين الأداة الأولى هي المقابلة الشخصية والأداة الثانية هي الاستبيان فضلاً عن خطابين أرسلتهما جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية لمجلس وزراء الصحة العرب ومجلس وزراء الإعلام العرب لموافاة الباحث بالدراسات والمعلومات المتوفرة لدى الجهاز الأول في مجال الوقاية وبالدراسات والمعلومات المتوفرة لدى الجهاز الثاني في مجال العلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة وقد سلم الباحث شخصياً الخطابين لجامعة الدول العربية بالقاهرة في شهر ذو الحجة عام ١٤٢٨هـ وحتى منتصف شهر جمادي

الأولى عام ١٤٢٩ هـ لم يرد الجهازان كما لم ترد ١٣ دولة الاستبانات التي أرسلت إليها.

وانتهت الدراسة الميدانية إلى نتائج هامة منها أن جميع أنشطة خفض الطلب قد مارستها الجمعيات ولكنها لم تصل إلى درجة التميز في ممارستها كما لم يحدث توازن بين الجهود المبذولة في مجال الوقاية والجهود المبذولة في مجال العلاج والتأهيل والرعاية اللاحقة بالإضافة إلى المعوقات التي كشفت عنها الدراسة والتي حالت دون تحقيق نتائج عالية الجودة وكانت ممارسة أغلب أنشطة خفض الطلب بدرجة مقبولة وبدرجة أقل مورس بعض الأنشطة بدرجة جيدة جداً بالإضافة إلى بعض الأنشطة التي مورست بدرجة ضعيفة.

واستناداً إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة يوصي الباحث بمايلي:

١- دعوة المكتب العربي للإعلام الأمني لإعداد برامج لإقناع المواطنين في العالم العربي بفكرة العمل الطوعي في مجال خفض الطلب على المخدرات أملاً في أن يصل إلى قوة العمل الطوعي في العالم العربي إذ أن قلة الوعي بالعمل الطوعي وراء عجز الاعتمادات المالية عن تمويل الجمعيات الأهلية كما أنه وراء عدم تطوع الكثير من خبراء خفض الطلب بجزء من وقتهم للعمل في الجمعيات المعنية بخفض الطلب.

٢- مناقشة الدول العربية أعضاء مجلس وزراء الداخلية العرب- التي لم تفعل بعد- إنشاء صندوق وطني لتمويل الجمعيات المعنية بخفض الطلب يمول من الدولة والمؤسسات الحكومية وشركات القطاع العام وتبرعات رجال الأعمال والفنانين والرياضيين

والمهنيين ومن شركات القطاع الخاص ومن الأموال التي يمكن الحصول عليها من صندوق الأمم المتحدة للرقابة على إساءة استخدام المخدرات .

٣- دعوة الجمعيات الأهلية لكي تكون اتحاداً نوعياً وطنياً ينسق بينها وكذا دعوة الجمعيات الأهلية- التي لم تفعل بعد- إلى الانضمام إلى الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان .

٤- دعوة الدول- التي لم تفعل بعد- لوضع إستراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات تنبثق من الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات التي اعتمدها مجلس وزراء الداخلية العرب عام ١٩٨٦ م .

٥- أن تقوم الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية بالتعاون مع الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية لمكافحة الإدمان بوضع آلية لمتابعة وتقييم عمل الجمعيات التطوعية في مجال خفض الطلب على المخدرات وكذلك وضع قانون نموذجي للحد الأدنى من الشروط اللازم توافرها في هذه الجمعيات حتى تستطيع أن تقوم بعملها على الوجه الأكمل .

المراجع

أولاً: المراجع العربية

أبو العزائم، جمال ماضي (١٩٨٢). المسجد الجامع في خدمة البيئة، منشورات نيو أوفست للطباعة، الجيزة، مصر.

أبوبكر، خالد (٢٠٠٣). التطوع في مصر بين الماضي والحاضر، إسلام أون لاين نت، شبكة الإنترنت.

إدي، جون (١٩٩١). المعلم ومواجهة المخدرات، ترجمة د. محمد عبدالعليم مرسي، منشورات مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض.

بوعزه، الطيب (٢٠٠٦). تدنيس الدين انحطاط فلسفي، إسلام أون لاين نت، شبكة الإنترنت.

الجمعية العامة للأمم المتحدة (١٩٩٦). وثائق الدورة الحادية والخمسين، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك.

حافظ، نجوى عبدالوهاب (٢٠٠٣). رعاية الجمعيات الأهلية لنزلاء المؤسسات الاصلاحية، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

حسن، حمدي بن عبدالرحمن (٢٠٠٠). المجتمع المدني والتكامل في افريقيا، دراسات إستراتيجية، العدد ٥، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية، أبوظبي.

مجلة الحماية الإنسانية (٢٠٠٨م) عالم الإعاقة، العدد رقم ١٠٩ السنة ١١
نوفمبر ٢٠٠٨م، منشورات مؤسسة العالم للصحافة والطباعة
والنشر والتوزيع، الرياض،

الضحيان، سعود بن ضحيان (١٩٩٦م)، جهود الدولة واللجنة الوطنية
في مكافحة المخدرات، مجلة المكافحة - العدد الثاني الصادر في
شهر رجب ١٤١٧هـ، منشورات اللجنة الوطنية لمكافحة
المخدرات، الرياض.

شعبة المخدرات (١٩٨٨م). إعلان المؤتمر الدولي المعني بإساءة استعمال
العقاقير والاتجار غير المشروع بها والمخطط الشامل المتعدد
التخصصات للأنشطة المقبلة في ميدان مكافحة إساءة استعمال
العقاقير. منشورات الأمم المتحدة، نيويورك.

عبد الحميد، شاعر (١٩٩٣)، المخدرات وآثارها السيئة من الناحية العلمية،
منشورات مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض.

علي، عوض؛ ناصر، سعيد (٢٠٠٤). المشاكل والمعوقات التي تواجه
إدارة مؤسسات المجتمع المدني في مدينة عدن، مجلة جامعة عدن
للعلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد السابع، العدد الخامس
عشر، عدن.

علي، يسر؛ عثمان، آمال (١٩٧١). علم الإجرام، منشورات دار النهضة
العربية، القاهرة.

عيد، محمد فتحي (١٤١٠). السنوات الحرجة في تاريخ المخدرات،
منشورات مركز أبحاث مكافحة الجريمة، الرياض.

عيد، محمد فتحي (٢٠٠٣). الإنترنت ودوره في انتشار المخدرات، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

عيد، محمد فتحي (٢٠٠٨). مكافحة المخدرات، مذكرات غير منشورة مقدمة لطلبة ماجستير العلوم الشرطية، الفصل الدراسي الرابع، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

عيد، محمد فتحي (١٩٨٨). جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، جزءان، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

عيد، محمد فتحي (١٩٩٩). الإجرام المنظم، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

الغيث، محمد سليمان (٢٠٠٧م) الرعاية اللاحقة ونجاح العلاج، مجلة المكافحة- العدد ٥١ الصادر في ربيع الثاني ١٤٢٨هـ، منشورات اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، الرياض.

عيسى، حسام (٢٠٠٧). الاصلاح الدستوري: حل وهمي لأزمة حقيقية، مناقشات منتدى الاصلاح الدستوري في الفترة من نوفمبر ٢٠٠٦ إلى مارس ٢٠٠٧م، منشورات شركاء التنمية للاستشارات والتدريب، القاهرة.

غرايبة، مازن خليل (٢٠٠٠). المجتمع المدني والتكامل، دراسات إستراتيجية، العدد ٧٥، مركز الإمارات للدراسات الإستراتيجية.

مجلس المجلس الاقتصادي والاجتماعي، وثائق لجنة المخدرات، خلال الفترة (١٩٩٤ - ٢٠٠٨م)، فيينا، النمسا.

محمد، عبدالله بهنساوي (٢٠٠٥). المجتمع المدني وعلاقته بالأمن والتربية، مجلة الفكر الشرطي، مجلد ١٤، عدد ٣، منشورات مركز بحوث شرطة الشارقة، الشارقة.

مغربي المغربي، سعد (١٩٧١). تعاطي المخدرات أسبابه ودوافعه النفسية والصحية، منشورات المكتب العربي لشئون المخدرات، القاهرة. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (٢٠٠٦). الرسالة رقم ١، موقع المكتب على الإنترنت.

الملاح، محمد بخيت (١٩٣٨). الإدمان على المخدرات أخطاره، أسبابه، ووسائل القضاء عليه، منشورات مطبعة فتح الله الياس نوري، القاهرة.

وثائق منتدى المستقبل المتوازي الذي عقد في دبي في الفترة من ١٥ - ١٧ أكتوبر عام ٢٠٠٨م.

السدحان، عبدالرحمن بن محمد (٢٠٠٧م) محنة المخدرات، مجلة المكافحة العدد رقم ٥٢ - الصادر في شهر رجب ١٤٢٨هـ، منشورات اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، الرياض.

عصر، سامي (٢٠٠٦م) حماية العمل الخيري العربي موقع ملتقى عالم التطوع العربي على الإنترنت

نولس، هيلين (١٩٧٩). أضواء كاشفة على المخدرات، منشورات منظمة التربية والعلوم والثقافة.

الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، التقارير السنوية، خلال الفترة (١٩٩٢ - ٢٠٠٧م)، منشورات الأمم المتحدة، فيينا.

ثانياً: المراجع الأجنبية

International Narcotics Control Board (2007). Report for 2006.U.N. Publications. Vienna, Austria.

U.S.Department of Education (1986) Schools without drugs. Department Publication.

U.N. Office on Drugs and Crime (2001-2007). World Drug Reports U.N. Publication,Vienna, Austria.

الملحق
إستبانة جمع المعلومات

أولاً: البيانات الأولية

- بيانات عامة عن المستجيبين:

- ١- الاسم (إذا رغبتكم):
- ٢- الجنسية:
- ٣- العنوان:
- التليفون: الفاكس: البريد الإلكتروني:
- ٤- الجنس: [] ذكر [] أنثى
- ٥- الوظيفة الحالية:
- ٦- اسم الدولة التي يتبعها الجهاز الذي يعمل به:
- ٧- آخر مؤهل دراسي:
- ٨- الخبرات في مجالات عمل الجمعيات التطوعية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني المعنية بمواجهة مشكلة المخدرات:
 - أ-
 - ب-
 - ج-
 - د-
 - هـ-
 - و-

(*) يمكنكم استخدام صفحات أخرى إضافية ترفق بالاستمارة.

ز-
.....

ح-
.....

ثانياً: بيانات عامة عن الجمعيات الأهلية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني

١- ما مدى انتشار إساءة استعمال العقاقير المخدرة في بلدكم؟

أ- منتشرة إلى حد كبير []

ب- منتشرة إلى حد متوسط []

ج- منتشرة إلى حد ضعيف []

د- شبه معدومة []

هـ- لا وجود لها []

٢- ما هي أكثر العقاقير المخدرة إساءة للاستخدام؟

أ- الحشيش (بانجو، راتنج، زيت الحشيش) []

ب- الأفيونيات (أفيون، مورفين، هيروين، كوداين) []

ج- الكوكايين (كوكايين، كراك، مركز الكوكايين) []

د- أمفيتامينات (امفيتامين، ماكستون فورت، كبتاجون،

عقار النشوة، آيس أو شابو) []

هـ- باربيتورات (مهدئات مثل الفاليوم، مهبطات مثل

الميتاكوالون والماندركس والسيكونال) []

و- عقاقير هلوسة (P.C.P / L.S.D) []

ز- عقاقر أذكرها :

.....
.....
.....
٣- متى بدأ نشاط الجمعيات الطوعية وغيرها من مؤسسات المجتمع المدني في ميدان خفض الطلب في دولتكم؟ (التاريخ فقط / / م الموافق / / هـ)

٤- ما عدد هذه الجمعيات والمؤسسات في دولتكم في الوقت الحاضر؟ []
٥- ما عدد الأفراد المستفيدين من هذه الجمعيات والمؤسسات حالياً؟ []
٦- ما الخصائص الاجتماعية للأفراد المستفيدين من هذه الجمعيات والمؤسسات؟

.....
.....
٧- ما الخصائص الاقتصادية للأفراد المستفيدين من هذه الجمعيات والمؤسسات؟

.....
.....
٨- ما الخصائص الشخصية للأفراد المستفيدين من هذه الجمعيات والمؤسسات؟

٩- ما هي الخصائص النفسية للأفراد المستفيدين من هذه الجمعيات
والمؤسسات؟

.....

.....

١٠- ما هو المستوى التعليمي للأفراد المستفيدين من هذه الجمعيات
والمؤسسات؟

.....

١١- ما وسائل الدعم المالي للجمعية؟
أ- اشتراكات الأعضاء:

- () - بنسبة كبيرة جدا
- () - بنسبة كبيرة
- () - بنسبة متوسطة
- () - بنسبة ضئيلة
- () - ليست داخله في التمويل

ب- دعم الدولة:

- () - بنسبة كبيرة جدا
- () - بنسبة كبيرة
- () - بنسبة متوسطة
- () - بنسبة ضئيلة

- () - ليست داخله في التمويل
- ج- تبرعات الأشخاص :
- () - بنسبة كبيرة جدا
- () - بنسبة كبيرة
- () - بنسبة متوسطة
- () - بنسبة ضئيلة
- () - ليست داخله في التمويل
- د- تبرعات الهيئات والشركات :
- () - بنسبة كبيرة جدا
- () - بنسبة كبيرة
- () - بنسبة متوسطة
- () - بنسبة ضئيلة
- () - ليست داخله في التمويل
- ه- تمويل خارجي :
- () - بنسبة كبيرة جدا
- () - بنسبة كبيرة
- () - بنسبة متوسطة
- () - بنسبة ضئيلة
- () - ليست داخله في التمويل

و- مصادر أخرى أذكرها:

ثالثاً: نشاطات الجمعيات ومؤسسات المجتمع المدني في ميدان خفض الطلب على العقاقير ومدى ممارسة هذه الأنشطة حالياً:

| يُمارس هذا النشاط بدرجة | | | | | النشاط في ميدان خفض الطلب وقاية - علاج وتأهيل - رعاية لاحقة |
|-------------------------|-------|--------|-----------|--------|--|
| لا يمارس أصلاً | ضعيفة | مقبولة | جيدة جداً | ممتازة | |
| | | | | | ١ - إعداد برامج الوقاية الفكرية والدينية |
| | | | | | ٢ - إعداد برامج الوقاية عن طريق الإعلام |
| | | | | | ٣ - إعداد الحملات الإعلامية |
| | | | | | ٤ - إعداد البرامج الإعلامية التي تبين للناس الجهة التي يستطيعون الحصول منها على المعلومات والمساعدة والنصح |
| | | | | | ٥ - إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض نجوم الرياضة المعروفين |
| | | | | | ٦ - إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض نجوم الفن المعروفين |
| | | | | | ٧ - إعداد برامج إعلامية تتم الاستعانة فيها ببعض رجال الدين المعروفين |
| | | | | | ٨ - إعداد برامج إعلامية يتم الاستعانة فيها ببعض رجال الفكر |
| | | | | | ٩ - إعداد برامج وقاية تركز على كيفية الاستخدام الأمثل لوقت الفراغ |
| | | | | | ١٠ - قوافل توعية تجوب القرى والأماكن النائية |
| | | | | | ١١ - إعداد أفلام سينمائية تعرض في دور السوق أو في القنوات التلفزيونية |
| | | | | | ١٢ - إعداد أفلام فيديو تعرض في القنوات التلفزيونية |
| | | | | | ١٣ - محاضرات تلقى في دور العلم |

| يمارس هذا النشاط بدرجة | | | | ممتازة | جيدة جداً | مقبولة | ضعيفة | لا يمارس أصلاً | النشاط في ميدان خفض الطلب وقاية - علاج وتأهيل - رعاية لاحقة |
|------------------------|--|--|--|--------|-----------|--------|-------|----------------|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | ١٤ - محاضرات تلقى في أماكن التجمعات |
| | | | | | | | | | ١٥ - إنشاء مراكز في الإنترنت للتوعية بأضرار المخدرات |
| | | | | | | | | | ١٦ - الوصول إلى المتسربين من دور العلم وتوعيتهم بأخطار المخدرات |
| | | | | | | | | | ١٧ - تقديم البرامج الوقائية والإرشادية والدينية للمدمنين وأسرهم |
| | | | | | | | | | ١٨ - إجراء دراسات لجمع معلومات صادقة وأمينة عن العقاقير المخدرة ومتعاطيها وأماكن تعاطيها وأسباب تعاطيها |
| | | | | | | | | | ١٩ - إعداد برامج خفض طلب متكاملة وشاملة الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية |
| | | | | | | | | | ٢٠ - إعداد برامج خفض الطلب متكاملة مع برامج خفض العرض |
| | | | | | | | | | ٢١ - إعداد برامج خفض طلب متكاملة مع الإستراتيجية الشاملة |
| | | | | | | | | | ٢٢ - برامج خفض الطلب جزء من برامج الرعاية الصحية |
| | | | | | | | | | ٢٣ - برامج خفض الطلب جزء من برامج الرعاية الاجتماعية |
| | | | | | | | | | ٢٤ - برامج خفض الطلب جزء من برامج التنمية |
| | | | | | | | | | ٢٥ - يتم قياس نجاح برامج خفض الطلب باستمرار تطبيقاً لمبدأ التقويم ومعرفة قدرتها على تغيير السلوك والمواقف |
| | | | | | | | | | ٢٦ - برامج التوعية باستخدام التعليم تهدف إلى تطوير الملكات الذهنية الفكرية للمستهدفين |
| | | | | | | | | | ٢٧ - تقديم النصح والإرشاد إلى متعاطي المخدرات وذويهم |
| | | | | | | | | | ٢٨ - إعداد برامج تركز على أن الإدمان مرض يجب علاجه للبرء منه |
| | | | | | | | | | ٢٩ - إعداد برامج تركز على أن العلاج محاط بالسرية ولن يؤثر على مركز المتعاطي الوظيفي أو الاجتماعي |
| | | | | | | | | | ٣٠ - إعلام المتعاطي بأن تقدمه من تلقاء نفسه للعلاج أو عن طريق أسرته لن يحرك ضده الدعوى العمومية |

| يمارس هذا النشاط بدرجة | | | | | النشاط في ميدان خفض الطلب وقاية - علاج وتأهيل - رعاية لاحقة |
|------------------------|-------|--------|--------------|--------|---|
| لا يمارس أصلاً | ضعيفة | مقبولة | جيدة جداً | ممتازة | |
| | | | | | ٣١- تزويد المتعاطي السابق بمهارات قابلة للتسويق |
| | | | | | ٣٢- تدريب المتعاطي على المهارات الشخصية والاجتماعية والمهنية |
| | | | | | ٣٣- تدريب العاملين في الأجهزة المعنية بخفض الطلب لرفع مستوى أدائهم |
| | | | | | ٣٤- إعداد قادة للمجتمعات المحلية للعمل في مجال الوقاية من خطر العقاقير المخدرة |
| | | | | | ٣٥- الاتصال بالمستهدفين من الخدمات |
| | | | | | ٣٦- إشراك المجتمع المحلي في الجهود الرامية إلى مكافحة التعاطي |
| | | | | | ٣٧- تغطي برامج خفض الطلب جميع المراحل بدءاً من الوقاية وانتهاء بالرعاية ومروراً بالعلاج |
| | | | | | ٣٨- برامج خفض الطلب في متناول الفئات الأكثر عرضة للإدمان وخاصة الشباب |
| | | | | | ٣٩- الاهتمام بتدريب مقررري السياسات ومخططي البرامج ومنفذيها |
| | | | | | ٤٠- تقديم خدمات التثقيف والعلاج للمودعين داخل المؤسسات العقابية والإصلاحية |
| | | | | | ٤١- تهيئة المعافين من الإدمان للتعايش مع المجتمع |
| | | | | | ٤٢- تقديم العون المادي للمدمنين وأسرهم أثناء فترة العلاج وبعدها |
| | | | | | ٤٣- تقديم العون الاجتماعي للمدمنين وأسرهم |
| | | | | | ٤٤- تقديم العون النفسي للمدمنين وأسرهم |
| | | | | | ٤٥- دعم الإمكانات المادية لممارسة النشاط الرياضي في مراكز الشباب في المناطق الفقيرة |
| | | | | | ٤٦- حث القطاع الخاص على دعم أنشطة الجمعيات والمؤسسات |
| | | | | | ٤٧- حث القطاع الخاص على تشغيل المدمنين المتعافين |
| | | | | | ٤٨- دعم الإمكانات المادية لممارسة النشاط الرياضي في مراكز الشباب في المناطق الفقيرة |

| يمارس هذا النشاط بدرجة | | | | | النشاط في ميدان خفض الطلب وقاية - علاج وتأهيل - رعاية لاحقة |
|------------------------|-------|--------|--------------|--------|---|
| لا يمارس أصلاً | ضعيفة | مقبولة | جيدة جداً | ممتازة | |
| | | | | | ٤٩ - دعم الإمكانيات المادية لممارسة النشاط الثقافي في المكتبات داخل المناطق الفقيرة |
| | | | | | ٥٠ - حث أفراد ومؤسسات المجتمع على التبرع للجمعيات والمؤسسات العاملة في مجال خفض الطلب |
| | | | | | ٥١ - حث الدولة على تقديم الدعم المادي للمؤسسات والجمعيات |
| | | | | | ٥٢ - تبادل الجمعيات والمؤسسات محلياً المعلومات عن أفضل الممارسات في مجال خفض الطلب |
| | | | | | ٥٣ - تبادل الجمعيات والمؤسسات دولياً المعلومات عن أفضل الممارسات في مجال خفض الطلب |
| | | | | | ٥٤ - تعقد الجمعيات والمؤسسات حلقات دراسية لتبادل الخبرات واختيار أفضل أساليب التنظيم |
| | | | | | ٥٥ - إعداد مدرّبين في مجال العلاج وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة |
| | | | | | ٥٦ - تستعين الجمعيات والمؤسسات بالمعلومات المتوافرة عن برامج خفض الطلب لدى المنظمات الدولية المعنية مثل منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وكذلك المنظمات الدولية غير الحكومية والمؤسسات المهنية المعنية بخفض الطلب |
| | | | | | ٥٧ - إنشاء شبكة معلومات تعنى بمراكز الوقاية والعلاج والرعاية في مختلف أنحاء العالم |
| | | | | | ٥٨ - تعمل الجمعيات والمؤسسات في إطار التعاون بين الدولة والمنظمات الدولية وكل قطاعات المجتمع |
| | | | | | ٥٩ - التعاون مع أجهزة انفاذ القوانين في تحديد أماكن التعاطي العلنية أو الموبوءة |
| | | | | | ٦٠ - تنظيم قوافل للكشف المبكر عن الإدمان تصل إلى المناطق النائية |
| | | | | | ٦١ - أي نشاط آخر لم يرد عليه اذكره |

رابعاً: المعوقات التي تحول دون تحقيق الجمعيات والمؤسسات أهدافها
على الوجه الأكمل:

| درجة تأثير المعوق على تحقيق الهدف | | | | | المعوق |
|-----------------------------------|-------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|
| مؤثر جداً (٤) | مؤثر (٣) | مؤثر إلى حد ما (٢) | تأثير ضعيف جداً (١) | غير مؤثر إطلاقاً (٠) | |
| | | | | | ١- العنصر البشري غير متخصص |
| | | | | | ٢- العنصر البشري غير مدرب |
| | | | | | ٣- نقص في الإمكانيات البشرية |
| | | | | | ٤- نقص في المعلومات |
| | | | | | ٥- نقص في الإمكانيات المادية |
| | | | | | ٦- نقص في الإمكانيات الفنية والتقنية |
| | | | | | ٧- لا يوجد تعاون بين أجهزة الوقاية |
| | | | | | ٨- لا يوجد تعاون فيما بين أجهزة العلاج |
| | | | | | ٩- لا يوجد تعاون فيما بين أجهزة خفض الطلب |
| | | | | | ١٠- لا يوجد تعاون بين أجهزة خفض الطلب وأجهزة خفض العرض |
| | | | | | ١١- لا يوجد جدية في العمل |
| | | | | | ١٢- لا تصل خدمات الأجهزة إلى المستهدفين |
| | | | | | ١٣- لا توجد إستراتيجية لخفض الطلب على المخدرات |
| | | | | | ١٤- توجد إستراتيجية ولكن لا يوجد التزام طويل الأمد عن أعلى مستوى سياسي لتنفيذ هذه الإستراتيجية |
| | | | | | ١٥- لا يوجد تقييم للخدمات التي تقدمها أجهزة خفض الطلب |
| | | | | | ١٦- أسباب أخرى أذكرها: |

خامساً: كيفية تفعيل دور الجمعيات والمؤسسات في مجال خفض الطلب:

- ١-
- ٢-
- ٣-
- ٤-
- ٥-
- ٦-
- ٧-
- ٨-
- ٩-
- ١٠-
- ١١-
- ١٢-
- ١٣-

